الاضطرابات النفسجسمية

تأليف

د. محمد حسن غانم





للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة


دار غريب
للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة


دار غريب
للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة

الاضطرابات النفسجسمية

(تأصيل نظري ودراسات ميدانية)

الاضطرابات النفسجسمية

(تأصيل نظري ودراسات ميدانية)

دكتور

محمد حسن غانم



الاضطرابات النفسجسمية

د/ محمد حسن غانم

الكتـــاب: الاضطرابات النفسجسمية

المـــؤلـــف: د/ محمد حسن غانم

تاريخ النشر: ٢٠١١م

رقم الإيداع: ٢٢٨٧١ / ٢٠١٠

الترقيم الدولي: I.S.B.N 978-977-463-088-0

الناشــــر:

دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

الإدارة والمطابع:

١٢ شارع نوبار لاظوغلى (القاهرة)

تليفون: ٠٠٢٠٢٢٧٩٤٢٠٧٩ فاكس: ٠٠٢٠٢٢٧٩٥٤٣٢٤

التوزيـــع:

٢ شارع كامل صدقى الفجالة - القاهرة

تليفون: ٠٠٢٠٢٢٥٩١٧٩٥٩

www.dargharceb.com

الإهداء

إلى كل من علمني حرفًا فصرت مدينًا له بنعمة الفهم والاستبصار، وإلى كل من شجعني وآزرني فصرت مدينا له بنعمة البحث والاستمرار في كشف مجاهل الذات والعالم الآخر رغم قلة الزاد ومشقة الطريق.



تقديم الكتاب

لعل الاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية تثبت خطأ الفصل الحادث بين علوم النفس وعلوم الجسد إذ قد يشعر الفرد بآلام معينة في جزء من جسده ويبدأ رحلة إلى الأطباء، ويطلب الطبيب منه الفحوص والأشعات والتحاليل ويضطر أن يصف الدواء ويكتب العلاج ورغم ذلك لا يحدث تحسنا ملحوظا في واقع الشخص المعاش.

فيرى الفرد أن العيب في الطبيب وأن التوفيق إلى (التشخيص الحق) قد خانه فيعاود الذهاب إلى طبيب آخر ويريه الأشعات والفحوص والتحاليل بيد أن الطبيب يرى ضرورة البدء من جديد.. وهكذا يظل المريض ينتقل من طبيب إلى طبيب دون أى تحسن ملموس يحد من حالة الآلام التى يعانى من جحيمها. ذلك لأن الطبيب قد عالج (العرض) ولم يعالج (المرض).

إن الفصل الذى حدث بين ما هو نفسى وتأثيره مع ما هو جسد (أو العكس) هو الذى قاد إلى هذه المعاناة وأن الحقيقة التى لا يجب أن تغيب عن أي فرد يتعامل مع الإنسان هى: إن العوامل النفسية تؤثر فى العوامل والوظائف الجسدية - الفسيولوجية والعكس صحيح، ولذا كأن (فلورنس دينار) لم تذهب بعيدا حين ألقت مقولتها الشهيرة والصادقة والحكيمة أنه: **«لا طبيب حق دون أن يكون عالما بالنفس»** ولذا لا عجب أنه كان يطلق قديما على الطبيب: الحكيم وذلك لإلمامه بكافة العوامل والمؤثرات التى تنعكس سلبا أو إيجابا على سلوك الإنسان. وحين انفصل علم النفس عن الفلسفة أراد أن يصنع شخصيته المنفردة معتقدا -ولا نقول ظنا- أن علم النفس علم مستقل عن العلوم الأخرى حتى وإن كانت تتماشى معه في نفس القضية ونفس (الهم).. ومن هنا جاء هذا الفرع الهام من فروع علم النفس ونقصد به علم الاضطرابات النفسجسمية ليؤكد حقيقة التواصل بين كل ما هو نفسى وما هو جسدى، وأن مسألة الفصل تلك لا وجود لها على أرض الواقع وأن الحوار الديالكتيكى والمستمر بين جميع مكونات الانسان تتفاعل معا وتقود إلى العديد من المظاهر وقد تكون الخلل أو السواء وبالمعنى الاحصائى النسبى.

ومن هنا تأتى أهمية هذا الكتاب حيث قسم إلى جزءين:-

حيث تم التأصيل النظرى لهذا الفرع الهام من فروع علم النفس ونقصد به: علم الاضطرابات النفسجسمية ومن خلال (١٠) فصول كانت كالآتى:-

الفصل الأول: مدخل إلى تعريف الاضطرابات النفسجسمية.

الفصل الثانى: العلاقة بين النفس والجسد.

الفصل الثالث: الانفعالات والاضطرابات النفسجسمية.

الفصل الرابع: الضغوط النفسية والاضطرابات النفسجسمية.

الفصل الخامس: النظريات التى حاولت تفسير حدوث الاضطرابات النفسجسمية.

الفصل السادس: مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسجسمية.

الفصل السابع: الاضطرابات الجسدية الشكل.

الفصل الثامن: تصنيف الاضطرابات النفسجسدية.

الفصل التاسع: العلاج النفسى للاضطرابات النفسجسدية.

الفصل العاشر: الدراسات السابقة العربية في مجال الاضطرابات النفسجسدية.

والجزء الثانى جاء بعنوان: دراسة ميدانية وقدمنا نموذجا لدراسة ميدانية أجراها كاتب هذه السطور بعنوان: الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى -دراسة نفسية- مقارنة.

وبعد:

يسعدنى أن أقدم هذا الكتاب للمتخصصين فى العلوم الإنسانية بصفة عامة، والمتخصصين فى علم النفس بصفة خاصة وللقارئ المثقف والذى يبحث دومًا عن قصد مجهلته بالنفس الإنسانية، ذلك (اللغز الغامض) والذى نظن أنه سيظل كذلك إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها، لأننا كلما ظننا أننا قد (فككنا ظلما) انفتحت أبواب المجهلة والحيرة والتساؤل مرة أخرى.

والله وحده أسأله الرشاد والتوفيق،،،

د/ محمد حسن غانم

الفهرس

الفصل الرابع

الضغوط النفسية والاضطرابات النفسجسمية

الفصل الخامس

النظريات التي حاولت تفسير حدوث الاضطرابات النفسجسمية

الفصل السادس

مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسجسمية

الفصل السابع

الاضطرابات الجسدية الشكل

الفصل الثامن

تصنيف الاضطرابات النفسجدية

الفصل التاسع

العلاج النفسي للاضطرابات النفسجسدية

الفصل العاشر

الجزء الثاني: دراسة ميدانية

الجزء الأول

التأصيل النظري



مدخل إلى تعريف الاضطرابات النفسجسمية



- ملاحظات عشر على المفاهيم.
- المفاهيم التى قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية.
- تعريف الاضطراب.
- مراجع الفصل.

الفصل الأول

مدخل إلى تعريف الاضطرابات النفسجسمية

مقدمة:

لعل الأمراض النفسجسمية أو السيكوسوماتية تسخر من هذا الفصل التعسفى بين فصل (الإنسان) إلى جسم ونفس، لأن ما هو جسمى يؤثر فى النفس، وأن النفس وما يعتريها من قلق واكتئاب وانفعالات سيئة ينعكس بلا شك في الجسد ووظائفه. ولذا كأن (العامة) لم يذهبوا بعيدًا حين يشبهون الفرد بأنه (شوية دم إذا تعكر - لا قدر الله-) فأنه قد يصاب بالعديد من الامراض العضوية الخطيرة.

ولذا فإن العوامل النفسية تلعب دورا هامًا وكبيرًا في الاضطرابات الجسمية. ولذا فإن (فلورنس دينار) لم تذهب بعيدًا حين ألقت صيحتها - الحكمة (الشهيرة): **«لا طبيب حق دون أن يكون عالما بالنفس».**

ويجب أن لا تتخدع مهما كانت الامراض عضوية، لأن هذا المرض فى حد ذاته قد يكون له (دلالة ورمز) إلى عوامل نفسية. فالعن (أى فقد القدرة على الجماع) قد يكون له عوامل متعددة مثل:-

أ- نتيجة عوامل انفعالية حادة.

ب- وجود مرض في شرايين القضيب تحد من كمية الدم التى تسرى فيه فيستحيل عليه أن ينتصب.

جـ- قد تكون العنة نتيجة لوجود مرض البول السكرى.

د- وجود مجموعة من (الأفكار غير العقلانية) عن الجنس وعن الشريك الآخر (المرأة مثلا).

وبالتالى حين يتم فحص (مريض) ما لا بد أن نأخذ (العوامل النفسية) في الاعتبار، وأن هذه الطائفة من الأمراض إنما تفرض على جميع

التخصصات العودة مرة أخرى إلى ضرورة تبنى النظرة الكلية في النظر إلى الإنسان وإلى جميع وظائفه، وضرورة الإيمان (المطلق) بالتفاعل الدائم والديالكتيكى بين ما هو نفسى وما هو جسدى، وأن مسألة (الفصل) بين أجهزة الجسم والتخصص الدقيق فيها إنما قد يجلب من الاضرار أكثر مما يجلب من المنفعة للفرد.

وسوف نحاول في هذا الفصل أن نقدم مجموعة من المفاهيم حول هذا التخصص الهام من تخصصات علم النفس والذى يجمع ما بين عدة تخصصات سواء أكانت نفسية أم طبية (قد تحتوى جميع التخصصات المعروفة).

وقبل أن نمضى في سرد العديد من التعريفات التى قدمت لمفهوم: الاضطرابات النفسجسمية يحسن بنا أن نورد الملاحظات الآتية:-

ملاحظات عشر على المفاهيم:-

١- إن الفكر الإنسانى ظل لفترة طويلة يطلق على هذه الطائفة من الأمراض اسم الأمراض النفسجسمية حيث لوحظ أن العوامل النفسية تلعب الدور الحاسم والرئيسى والأساسى في إصابة أجزاء وأجهزة مختلفة ومتنوعة من الجسم.

٢- إن اصطلاح (نفسجسمية Psychosomatic) كلمة جديدة نوعًا ما، فقد استخدمت لأول مرة عام ١٩٢٢م في الكتابات الطبية الألمانية، ولكنها لم تستعمل في اللغة الإنجليزية حتى أوائل الثلاثينيات (من القرن الماضى) إلا بعد أن استخدمتها الدكتورة (هيلين فلاندرز دنيار) فى مؤلفها الضخم والكلاسيكى والأكثر شهرة في هذا المجال الا وهو: (الانفعالات والاضطرابات الجسدية) وعدت هذا المفهوم من المفاهيم العلمية السليمة نظرًا لأنه يعبر بالضبط عن طبيعة التفاعل ما بين الجسد والنفس.

٣- إن هذه الملاحظة للعلاقة المتبادلة بين ما هو نفسى وبين ما هو جسدى

ليس وليد هذه اللحظة (أى ١٩٢٢) مثلا لأن هناك العديد من الشواهد والكتابات والأدلة التى تؤكد فهم بعض الأفراد وفطنتهم إلى هذه العلاقة وسوف نكتفى بإيراد ثلاثة نماذج للتدليل على ذلك:-

النموذج الأول:

إنه منذ ٤٥٠٠ سنة قبل الميلاد ينبئنا التاريخ أن إمبراطور الصين الأصفر (هوانج تى) كان قد لاحظ أن الإحباط وعدم إشباع رغبات الأفراد قد يصيبهم بالعديد من الأمراض العضوية وظل (هوانج تى) يتتبع هذه الملاحظة لدى العديد من الأفراد اللذين تعرضوا للإحباط، في مقابل تتبع الأفراد اللذين لم يتعرضوا لهذا الإحباط أو الخبرة المؤلمة فلاحظ وجود فروق (ذات دلالة إحصائية) بين الأفراد اللذين لم يحبطوا في مقابل الأفراد اللذين أحبطوا وإن (تجربة الإحباط) إنما تهيىء الجسد للإصابة بالعديد من الأمراض فضلا عن أن الروح النفسية (غير المزدهرة) تكون بادية للعيان.

النموذج الثانى:

إن الفيلسوف اليونانى (أبو قراط) قد طالب الأطباء أن يلموا (بكليات الأمور) حتى يستطيعوا أن يحققوا شفاء مرضاهم، وأن مسألة الفصل بين ما هو (جسدى) وما هو (عقلى) لن يجدى ولن يشفى المريض، وأن الجسم لن يشفى دون مراعاة الفصل.

النموذج الثالث:

إن (مارثن لوثر) فى العصور الوسطى قد لاحظ أن «الأفكار ذات الوطئ الثقيل تأتى بالأمراض الجسدية، وأن الروح عندما تضيق بالأمور يشاركها الجسد ضيقها هذا، وأن مجرد (الصراع) وعدم الحسم قد يجلب على الفرد العديد من صور الاضطرابات الجسدية والتى هى في الأساس معاناة نفسية وفكرية. (هوارد.، & مارثا لويس، ١٩٧٥، ص١٩)

٤- إن الاتجاه الحالى الآن فى الفكر يفضل استخدام مصطلح: الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic والاسم مشتق من كلمتين:

الأول: نفس **Psycho** وتعنى العوامل النفسية التى منها تبدأ الاضطرابات الجسمية أو تتطور (إلى الأسوأ) بسببها.

الثانى: الجسم **Soma** ويشير إلى الجسم باعتباره المجال العضوى للتفاعلات والانفعالات النفسية وهو الذى يقاس من آثاره اضطرابات النفس.

(مجدى زينة، ١٩٩٤، ص٣٩)

٥- يوجد عديد من التعريفات التى قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية إلى درجة أننا سوف نقوم (بتصنيف) هذه التعريفات إلى فئات متعددة تتفق على مجموعة من التعريفات في خصائص معينة.

٦- يوجد العديد من الإسهامات والتفسيرات التى توالت من مدارس ونظريات علم النفس حول تقديم (تفسير) لأسباب هذه الاضطرابات، وطبيعة العوامل التى (تتفاعل) مع بعضها البعض وتقود إلى هذه الاضطرابات والتى تحركها عوامل نفسية.

٧- إن الاضطرابات السيكوسوماتية تثير العديد من القضايا والاستشكالات مثل:-

أ- كيف نفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية (النقية الخالصة)؟.

ب- كيف نفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض البدنية العضوية (النقية الخالصة)؟

جـ- ما الذى يجعل شخصا ما يصاب بمرض بعينه دون باقى الأمراض؟

د- ما هى الميكانيزمات الدفاعية في الاضطرابات السيكوسوماتية. وهل هذه (الميكانيزمات) واحدة في كل الأمراض أم تختلف هذه الأساليب من مرض إلى آخر (ميكانيزمات مرض السرطان مثلا تختلف عن ميكانيزمات مرض الجلد مثلا).

٨- قضية التشخيص خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار إمكانية تداخل الأمراض العضوية والأمراض النفسية فيما بينها تداخلا كبيرا. وعلى سبيل المثال

نستطيع تصور أربع مجموعات فضفاضة يشكو في كل منها المرضى أو الذين يعانون من مشكلات لها علاقة بالجسم. وهى على التوالى:-

أ- قد تكون مشكلة المريض **الأعراض الجسمية فقط** دون غيرها، وفى هذه الحالة يصنف مرضه على المحور الثالث من الدليل التشخيصى، ويعالج بالتالى في مؤسسة طبية عامة.

ب- قد يعانى المريض من اضطراب له ظواهر نفسية وأخرى عضوية مثل خرف الزهايمر أو الهذيان الكحولى. ويعالج عندئذ في مستشفى طب نفسى أو مستشفى طبى عام بالتعاون وإشراف مختص في الطب النفسى.

جـ- قد تظهر في المريض «عوامل نفسية تؤثر على الحالة الجسمية» كما يسميها الدليل التشخيصى الرابع (١٩٩٤) DSMIV وتتضمن هذه الفئة الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية) القديمة وإن كان هذا المسمى لا يعنى أنها نتجت عن تأثير العقل على الجسم، وتعالج هذه الحالة بالوسائل البيولوجية والنفسية.

د- قد تظهر على المريض علامات أحد الاضطرابات الجسدية الشكل SOMATOFORM والتى تشمل:-

أ- اضطراب تشوه الجسد Body Dysmorphic Disorder.

ب- اضطراب التحول.

جـ- توهم المرضى.

د- اضطراب التبدين Somatisation.

هـ- اضطراب الألم جسدى الشكل.

ويضاف هذا النوع في مرضى عديدين يشكون من شكاوى جسمية، دون أن يكون لها أساس عضوى. ويقبل هؤلاء بشغف على العلاجات الطبية في الوقت الذى يرفضون فيه استشارة الطبيب النفسى.

(بيتر نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ص ص٢٨١-٢٨٢)

٩- تثير الأمراض السكوسوماتية قضية العلاج - فهل تسير الإجراءات العلاجية مركزة فقط على الجانب الجسمى - العضوى، وبعد فترة نبدأ في التدخلات العلاجية النفسية أم أن العلاجات (العضوى - النفسى - الاجتماعى) يجب وحتما ولا بد أن يسيروا معا حتى نتعامل بموضوعية وبرؤية متكاملة منذ البداية.

١٠- مستقبل الأمراض السيكوسوماتية يثير العديد من التساؤلات حول:-

أ- ما هو التصور المستقبلى لهذا الفرع من علم النفس والطب النفسى مستقبلا؟

ب- طبيعة الأمراض العضوية أو النفسية التى من الممكن أن ندخلها في نطاق هذا الفرع من العلم (أو إمكانية أن يتم ضمها مستقبلا).

جـ- إمكانية (التعاون الوثيق) بين التخصصات الطبية والنفسية وربما الاجتماعية والدينية والتأهيلية المختلفة من أجل التعامل بفاعلية مع مشاكل هذا الفرع من فروع العلم.

د- إمكانية الاكتشافات العلمية في مجال (الغدد الصماء لمعرفة الظروف التى يتم معها تفاعل المجموعات الهرمونية المختلفة إزاء الشدائد النفسية وهناك آمال كثيرة واعده معقودة على مجال (دوائيات الوظائف النفسية) أى دراسة الأدوية وتأثيراتها على الحالات الانفعالية، ومدى فاعليتها في علاج الأمراض السيكوسوماتية.

هـ- إمكانية سد الفجوة بين الطب النفسى العام والطب الباطنى العام حيث يتم سدها الآن في عدة جهات. فبعض كليات الطب تدرب الطلبة في مجال الطب النفسى والطب النفسجسمى.. فهل تأخذ بهذه الفكرة باقى الكليات أم أن النظرة (الفصلية - العنصرية) ما زالت سائدة ومهيمنة وأن مثل هذا (التغيير) في الفكر يتطلب أجيالا وأجيالا.

و- هل تساهم بحوث (الجينيوم) والشفرة الوراثية فى فهم هذا التكامل

الذى يجب أن يكون بين جميع أجهزة الجسم والنفس، وهل اكتشافات الجينيوم والشفرة الوراثية من الممكن أن تساهم في (منع) حدوث العديد من الاضطرابات مستقبلا، سواء أكانت أمراض عضوية أم نفسية إلى عقلية أم حتى انحرافات سلوكية ونكتفى بهذا القدر من الملاحظات.

والآن إلى التعريفات التى قدمت لمصطلح: الاضطرابات السيكوسوماتية:-

التعريفات التى قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:-

نستطيع أن نحصر التعريفات التى قدمت لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية فى المجموعات الآتية:-

أولا: التعريفات التى تركز على أعراض وخصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

وتنهض هذه المجموعة من التعريفات على حقيقة خلاصتها أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنتج عن عمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية أجهزة الجسم وأن استمرار هذا التعقد والتفاعل ينهك أعضاء الجسم ويقودها إلى (الشلل) أو (فقدان وظائفها) ومن أهم هذه التعريفات:-

١- تعريف محمود أبو النيل:

ويعرفها بأنها: اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتى يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرًا لاضطراب حياة المريض والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل وحده في شفائها شفاء تامًا نظرًا لاستمرار الضغط الانفعالى وعدم علاج اسبابه (النفسية الحقيقية) إلى جانب العلاج الجسمى (فقط). (محمود أبو النيل، ١٩٧٢، ص٥١)

٢- تعريف دافيزون ونيل Davison, & Neal:

وهى: مجموعة من الاضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن إصابة جهاز عضو واحد (أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة) والتى تكون تحت تحكم الجهاز العصبى المستقل أو

اللاإرادى، وأن استمرار الضغط والانفعال السيىء على الجسم يقود إلى (تدهور في أجهزة الجسم وشلل تام عن أداء وظائفها).. وأن المجال ينفسح ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتى تتبدى فى إصابة عضو أو أكثر.

(Division & Neal, 1978, p. 165)

٣- تعريف جالاتين Gallatin للاضطرابات السيكوسوماتية:

بأنها تنتج عن أسباب نفسية، غالبا ما تلعب الضغوط النفسية الحادة دورا كبيرا في حدوثها، وأن الآلام النفسية تنعكس فى حدوث مرض أو أكثر في أجهزة الجسم المختلفة، وأن الأمر -في هذه الحالة- لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الاضطراب والتلف لجميع أجهزة جسم الفرد. (Gallatin, 1982., p.212)

ونكتفى بهذا القدر من التعريفات التى قدمناها للتدليل على نماذج التعريفات التى تركز فقط على أعراض وخصائص الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانيا: التعريفات التى تركز على أن الاضطرابات السيكوسوماتية تعد نتاجا لاضطراب نفسى - اجتماعى:

وينطلق أصحاب هذا المحور من حقيقة خلاصتها أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة لتعرض الفرد لضغوط نفسية عالية (أى لا يتحملها)، كما أن هذه الضغوط دائمة ومستمرة نتيجة للأزمات اليومية التى يعيشها ويعاركها الفرد، وقد ينجح الفرد قليلا فى مواجهة هذه الضغوط والمشاق إلا أن المحور الأساسى والهام هو: فشل الفرد الدائم والمستمر في مواجهة أحداث الحياة اليومية.

ولذا فإن (استراتيجية الفرد) في مواجهة هذه الضغوط لا تتلائم على الإطلاق مع هذه الضغوط، إضافة إلى إمكانية إدراك الفرد (المبالغ فيه) وغير الموضوعى لهذه الضغوط كما تقود في النهاية إلى (إنهاك) قوى الفرد وتجعله يقع صريعا للاضطرابات السيكوسوماتية والتى تنعكس فى تلف العديد من أجهزة الجسم المختلفة.

وسوف نقدم بعضًا من نماذج من هذه التعريفات:

أ- **ترى أنستازى Anastasi, A** أن مصطلح (اضطراب سيكوسوماتى) يطلق بشكل قاطع على تلك الاضطرابات الجسمية التى تلعب فيها المشقة والضغوط النفسية - الانفعالية دورًا جد هام في إصابة الفرد وتحويله إلى حالة مرضية ملموسة وواضحة، وأن هذا المصطلح بمعنى أوسع يوضح بجلاء أثر العوامل السيكولوجية على الوظائف الفسيولوجية مؤكدة وجود تأثيرات سلبية على مثل هذه الأجهزة، وكذا وظائف الأعضاء، وأن العوامل الانفعالية لا يخطئ أحد فى تفسيرها ووجودها الكامن والمؤثر خلف كل هذه (التنوعات) من الاضطرابات التى تصيب أجهزة الجسم، وتصيب (وظائفه) بالشلل والدمار التام.

ب- **ويرى ميلون وميلون Millon, & Millon** أن مصطلح: الاضطرابات السيكوسوماتية هي: اضطرابات جسمية ناشئة عن عدم قدرة الفرد (المريض - المصاب بهذه الاضطرابات الجسمنفسية) على تجنب المضايقات أو ضغوط وشدائد الحياة، وأن اضطرابات الجسم تنتج نتيجة أمرين:-

الأول: تراكم هذه الانفعالات المؤلمة لفترة طويلة.

الثانى: عجز الفرد عن المواجهة الصحيحة - السوية لأزمات وضغوط الحياة، وأن هذا الفشل ينعكس على إصابة العديد من أجهزة الجسم.

(Millon. T. & Millon, R, 1994., p 311)

جـ- فى حين يشير ريتشارد. م. سوين Suin.R إلى أن هذه المجموعة من الاضطرابات السيكوسوماتية هى عبارة عن حالات تكون فيها الاضطرابات في بنية الجسم راجعة أساسا إلى الاضطرابات الانفعالية، وهذا يؤكد حقيقة العلاقة القائمة والجدلية بين النفس والجسم. وأن الجهاز العصبى المستقل يفشل في إعداد الجسم لمواجهة حالة الطوارئ أو الخطر الذي يتعرض له الفرد (آنذاك) مما

يؤدى إلى تفجر حالة من القلق يعجز الجسم عن مواجهتها قد تنعكس سلبًا على أجهزة الجسم المختلفة.

(ريتشارد. م. سوين، ١٩٧٩، ص ص ٤٣٣-٤٣٤)

المجموعة الثالثة من التعريفات:

وينهض أصحاب هذا الاتجاه من حقيقة خلاصتها أن مصطلح (سيكوسوماتى) أصبح يستخدم استخداما واسعا في الوقت الحاضر ومما ساعد على انتشاره هو الحاجة إلى مصطلح يمكن أن يعكس بدقة تأثيرات الانفعالات (السيئة والمستمرة - المزمنة) على اعضاء الجسم، ولذا فإن هذا المصطلح قد شاع استخدامه واصبح (يسد فراغا) كانت تعانى منه - من قبل - مثل هذه الدراسات وطبقًا لأصحاب هذا الاتجاه فقد اتسع نطاق الأمراض السيكوسوماتية ليشمل أكثر من (٤٠) مرضا عضويا يعانى منه الإنسان.

وكان الطبيب الهولندى (ج جردين) أول من فصل بعض الأمراض الجسمية مثل الربو الشعبى، وتقرح المعدة والقولون عن باقى الأمراض العضوية مفيدًا أن سبب هذه الأمراض - وغيرها - يرجع إلى عوامل نفسية مؤكدة وواضحة ولا تحتاج إلى دليل. (Lipowsk, 1989, pp.34-44)

وسوف نقدم بعضًا من التعريفات للتدليل على أصحاب هذا الاتجاه:

أ- بريا استينهور، وراجرنت Nistenhauer & Raegrant إن مصطلح الاضطراب السيكوسوماتى يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على المستوى الفسيولوجى - العضوى حيث ينشط الضغط الانفعالى للجهاز العصبى اللا إرادى وأن هذا (التحفيز أو التنشيط) يؤدى إلى العديد من الأضرار العضوية مثل: التقلص العضلى اللاإرادى، زيادة الإفرازات، زيادة التنفس (النهجان)، ومع استمرار هذا التحفيز واستمراره فإن ذلك يقود إلى العديد من الأضرار التى تنعكس في نهاية المطاف وتقود إلى (كف الجهاز أو عضو الجسم) عن أداء وظائفه.

(Steinhauer & Raearant, 1977 pp. 191-193)

ب- في حين تعرف دائرة المعارف النفسية أهم خصائص هذه الاضطرابات السيكوسوماتية فى:-

١- وجود اضطرابات في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم.

٢- وجود اضطرابات انفعالية تقوم بدور جوهرى في ترسيب وحدوث وتكرار وتفاقم الأمراض، وهذا ما يميزها عن الاضطرابات العضوية الصرفة.

٣- تتسم هذه الاضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

٤- كما أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات النفسجسمية الأخرى.

(من خلال: هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص٢٧٢)

جـ- تعريف كيف برودمان وآخرين Keev Brodman. et. al معدي قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية للاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: زملة الاعراض الجسمية التى تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية، والتى قد تتسبب في حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقى يصيب عضوا أو جزءا من أجزاء الجسم، أو بسبب خال فى اداء هذا العضو لوظيفته، بحيث لا يفلح في علاج هذه الأعراض وشفائها شفاء تاما، في حالة الاعتماد فقط على العلاج الجسمى الطويل وبدون علاج أسبابه النفسية، وتنشأ هذه الأعراض غالبا نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية حادة (مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو نظرا لتبنيه لأسلوب حياة غير تكيفى، أو لاتسامه بسمات شخصية معينة للوقوع في هذه الاضطرابات) مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة (مثل ضعف فسيولوجى في أحد الأعضاء أو وجود اضطرابات فى الأجهزة الفسيولوجية والهرمونية... الخ). (محمود أبو النيل، ٢٠٠١)

والخلاصة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هى عبارة عن اضطرابات جسمية تحدث نتيجة اضطرابات انفعالية، ولذا فإن التركيز فقط على علاج

(الاعراض) دون علاج (الأسباب النفسية الحقيقية والكامنة خلف هذه الأعراض) لا يجدى.

ولذا فإننا نستطيع أن نستنتج من كل ما سبق الآتى:-

١- وجود اضطراب أو خلل في أحد أعضاء أو أجهزة الجسم.

٢- إن هذا الخلل قد يكون في (العضو) أو فى (وظيفته) وأن الأمرين ينتهيان إلى (شلل) تام ودمار لوظيفة العضو أو جهاز - أو أكثر من أجهزة - الجسم.

٣- إن الاضطرابات الانفعالية السيئة تلعب دورا جوهريا في حدوث (خلل في وظيفة العضو).

٤- إن ما يميز الاضطرابات السيكوسوماتية عن الاضطرابات العضوية هو: العامل الانفعالى (السيىء، والمتكرر، والمستمر والمزمن).

٥- من الممكن أن تلعب الضغوط والأحداث اليومية وفشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط الدور الحاسم والأكبر في تدهور أعضاء الجسم.

٦- إن كل ما سبق يفيد في أمرين:-

الأول: ضرورة التعرف على استراتيجية الفرد في التعامل مع أحداث وضغوط الحياة.

الثانى: ضرورة أن يسير العلاج العضوى جنبا إلى جنب مع العلاج النفسى.

تعريف الاضطراب:

بقى أخيرًا أن نشير إلى معنى مصطلح: اضطراب **Disoredr** والذي يعنى (وفقا) لموسوعة علم النفس والتحليل النفسى (١٩٩٣) بأن الاضطراب (بصفة عامة) يعنى لغويا الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الاكلينيكى بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسى، وهو يطلق على الاضطرابات التى تصيب الجوانب المختلفة من

الشخصية، أى أن هذا الاضطراب يعنى مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهيم التى تعكس أنواعا متعددة من الاضطرابات مثل: اضطراب الإدراك **Imperceptin**، واضطراب الشخصية **Personality Disorder** واضطرابات الجسم **Somatic Disorders** وغيرها من صور الاضطراب.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ص ٩٤ – ٩٨)

وإذا كانت الانفعالات لها هذا الدور الهام والحيوى فى التأثر والتأثير على جميع أجهزة الجسم فإن العلاقة بين الجسم والانفعال تحتاج إلى نظرة. وهذا هو موضوع حديثنا في الفصل القادم.



مراجع الفصل

١- بيتر نوفاليس، ستيفن روجيفينز، روجر بيل (١٩٩٨) **العلاج النفسى التدعيمى**، ترجمة لطفى فطيم، عادل دمرداش، المجلس الأعلى للثقافة (المشروع القومى للترجمة) كتاب رقم (٥٢)، القاهرة.

٢- ريتشارد. م. سوين (١٩٧٩): **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة أحمد سلامة عبد العزيز، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣- فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، دار سعاد الصباح، القاهرة.

٤- مجدى زينة (١٩٩٤): **دراسة في مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة**، ماجستير غير منشوره، آداب عين شمس.

٥- محمود أبو النيل (٢٠٠١) **مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية**، القاهرة، المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

٦- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٢): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهنى في الصناعة**، دكتوراة غير منشورة، آداب عين شمس.

٧- هوارد. ر. ومارثا لويس (١٩٧٥): **النفس والجسد: كيف تستطيع انفعالاتك أن تلحق الضرر بنفسك**، ترجمة محمد عماد فضلي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

8- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical Manual of mental disorders. washington. D.C.

9- Anastasi, A (1986): Field of Applied psychology New York. Mc Grow Hill Co. (3th ed).

10- Dvison, G & Neal. J. (1978): Abnormal Psychology. Fifth edition. John wileg & some. INC.

11- Gallatin, J (1982): Abnormal Psychology. Concepts, issues trends. New York, MC Million Pullahing Co. T.N.C.

12- Lipowski, 2. (1989): What does the word Psychosomatic realy mean? Ahistorical and se mantic hiqiury., Psgchosomatic Medicine, vo. (49). no (2) pp. 34-44.

13- Million. T & Million (1994) Abnormal Behavior and personality, p wilod elphia. WB. sovnder Co.

14- Steinhauer. p & Rac - Grant. A (1977) psy6chologic all problems of the child and his family, torinto macmillan of Canda.





العلاقة بين النفس والجسم



- العلاقة بين النفس والجسد في الفكر الإنسانى.
- أبحاث ودراسات العلماء العرب في مسألة العلاقة بين النفس والجسد.
- مراجع الفصل.

الفصل الثانى

العلاقة بين النفس والجسد

مقدمــة:

إن فهم العلاقة بين النفس والجسد والتأثير المتبادل بينهما ليس وليد العصر الحديث بل هو قديم قدم المجتمعات الإنسانية. ولعل هذا الفهم (الفطرى) لطبيعة العلاقة والتأثير المتبادل بين النفس والجسم قد ساعد فى قدرة الإنسان على مواجهة العديد من الأمراض والأوبئة التى أصابته.

العلاقة بين النفس والجسد فى الفكر الإنسانى القديم:

نستطيع أن نرصد العديد عن الفهم المتبادل بين النفس والجسد فقد أشار بريل A. A.Brill إلى أن **هيبو قراط** (أبو الطب) قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمى وذلك عندما قام بتحليل أحلامه. (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ص١١٩)

ويعكس ما سبق رؤية أبو قراط الثاقبة في وجود تأثير نفسى سيئ قاد إلى هذه الحالة المرضية، ولذا فإن الإمساك بتلابيب الحلم ومحاولة (فك شفرته) قد قاد إلى جعل ما هو غير (واضح) وقد انعكست هذه النظرة النفسية الثاقبة وكان من نتيجتها شفاء برديكاس بعد أن عجز الأطباء واحتاروا - آنذاك - في علاجه وكان ينظر في العصور البدائية القديمة إلى أن الإصابة بالمرض وعدم شفاءه وبالرغم من استخدام الأدوية الشائعة آنذاك والتى كانت تتلخص في تقديم وصفة غذائية فيما عرف باسم **البردية الطبية** وكانت تشمل العديد من الوصفات العلاجية فهى عبارة عن أعشاب نباتية كثيرة الانتشار مثل نبات: الشعير، الكزبرة، الحلبة، الحمص، والعديسة (أي العدس).. وكان لكل نبات استخداماته الخاصة. فالحلبة مثلا كانت تستخدم فى إدرار اللبن وفى علاج بعض أمراض النساء (خاصة عقب

الولادة. وما زالت هذه الوصفة سارية المفعول حتى الآن) إضافة إلى فوائد الحلبة في إزالة تجاعيد الوجه والشيب وعلاج الإسهال والصرع.

والتاريخ المصرى القديم يحفل بعديد من البرديات الطبية أشهرها بردية إيبرس **Ebers** وترجع التسمية هذه إلى مكتشفها وهو العالم الألمانى إيبرس حيث تم العثور عليها في منطقة الأقصر في صعيد مصر وهذه البردية ما زالت محفوظة -حتى الآن- في متحف ليبزج وتضم (٨١١) وصفة طبية، وطول البردية (٢٠) مترا وعرضها نحو ٣٠ سم وتتكون من ٢٢٨٩ سطرًا منها ١٢ وصفة مخصصة للأناشيد والأدعية التى يجب أن يقولها الشخص أثناء تناوله هذه الأدوية.

ولا شك أن الاهتمام بالأدعية وطلب الشفاء من الإله يهيئ الفرد نفسيا لكى تتقبل فسيولوجية الجسد لهذا الدواء مما ينعكس إيجابيا عليه فيشفى بإذن الله. (التيجانى الماحى، ١٩٥٩)

وسوف نستفيض قليلا في هذا الجانب ذلك لأن الإصابة بالمرض تعد من أوائل الأخطار التى واجهت الإنسان منذ بداية الخليقة، فقد اعتبرها الإنسان الأول تهديدا للبقاء. فقد أثبتت دراسة الإنسان الأول أنه كانت له أمراض، وكان يعانى ألوانا من الأذى، وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام فبدأ يفكر ويتأمل في التعاسات التى تصيبه. فكرة منذ البداية فكرة المرض والموت، وفى فترة من الفترات اعتبر الإنسان المرض نوعًا من أنواع العقاب أو مسا من روح شريرة أو شيطان، وما دام الإنسان قد عزا المرض إلى السحر وغيره من قوى الشر الخفية، فلا جرم أن يحاول ذلك الإنسان التداوى من السحر بالسحر فأصبح الساحر عندئذ هو طبيب القبيلة. (فرج الهونى، ١٩٨٦، ص١٥)

ولذا فإن الأمراض العضوية إذا طالت أو احتار الأطباء -آنذاك- فى علاجها كان يتم اللجوء إلى المعالج وكان غالبا كاهن أو عراف القبيلة وكان هو المسئول عن استئصال الأرواح الشريرة التى تلبس الجسم، وشفاء

الأجسام من تأثير النفوس (المضطربة - غير المستقرة) وكان الكاهن لا يعمل بمفرده بل يساعده أفراد آخرون. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ص٥-١٥)

ولذا فإن كل جماعة إنسانية قد خلقت في ثقافتها الأساليب والطرق التى تكفل لها سد حاجتها في علاج أولئك الناس، ولذا فقد ظهر العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة عبر العصور ليقوموا بتلك المهمة، كما ظهرت في كل العقائد أفكار وأساليب مختلفة لعلاج هؤلاء اللذين مسهم الجن أو تلبستهم الشياطين أو انعكس ذلك في تدهور العديد من وظائف الجسم، ومن هنا فقد خلقت هذه الجماعات وعلى مر العصور أساليب التدعيم والاطمئنان، وكان حكماء وفلاسفة العصور القديمة علماء ومنجمون.. ولقد كان هولاء جميعا هم الأجداد والجذور التى انبثق منها العلاج النفسى المعاصر (خاصة إذا طال أمد المرض الجسمى وفشل الطب في العلاج فكان لا بد من تدخل الكاهن أو العراف لاستئصال الجوانب الانفعالية المضطربة)، ولعل هذه النظرة المتكاملة (للنفس والجسد) تقدم للشخص في اللحظات الحرجة والمواقف العصيبة (حين يفشل العلاج الدوائى والطبى والذى يستخدم بمفرده)، ويظهر أثر العراف أو الكاهن حين ينظر إلى الإنسان نظرة متكاملة، ولعل هذا الإيمان بدوره في الثقافة الشائعة آنذاك كان له دور السحر في شفاء المريض (لطفى فطيم، ١٩٩٤، ٣٩).

أما عن العلاج عند اليونان قديما فقد ذهب أرسطو إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والبغض والحسد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن مركب نفسى معقد، وأن هذه الانفعالات السيئة والعنيفة والمزمنة تترك آثارها السيئة في الجسم.

(مجدى زينة، ٢٠٠٠، ص٣٥)

كما أن إمبراطور الصين الأصفر (هوانج تى) ومنذ ما يقرب من ٤٥٠٠ عامًا قبل الميلاد يحدثنا عن ملاحظة قد لاحظها وتتبعها عبر العديد من الأفراد، وكأنه قد قسم العينة - بلغة العلم الحديث - إلى عينة تجريبية

وأخرى ضابطة، وكان العامل الذى تم ملاحظته هو: تأثير الإحباط على نفسية الأفراد، وقد توصل إلى نتيجة خلاصتها: إن الإحباط (وهو عامل نفسى مؤلم) قد يصيب الناس بأمراض عضوية، ولذا فقد أوصى بأن نستكشف رغبات الناس وأفكارهم ونتابعها، وعندئذ سنجد أن من يحوز الروح والطاقة يزدهر وينجح، ومن لا ينالهما يبيد ويندثر.

كما أن **مارثن لوثر** قد أعلن فى أوائل القرن السادس عشر أن «الأفكار ذات الوطئ الثقيل تأتى بالأمراض الجسدية، وأن الروح عندما تضيق بالأمور يشاركها الجسد ضيقها هذا». وقد انشغل لوثر انشغالا مرضيا بصحته، إذ كان يعانى من الإمساك طيلة الفترة الناضجة من حياته وكثيرا ما ينشأ الإمساك عن مصادر نفسية. وقد كانت صراعات لوثر الداخلية المؤلمة تدور بين ولائه للكنيسة وخلافه الروحى معها، وكان يشبه تلك الصراعات بما يلقاه من أهوال في دورة المياه.

وليس هذا فحسب بل إن الناس قد يموتون حزنا، وأن الحب غير المتبادل والمتفاعل بين الأنا والآخر قد يؤدى إلى المرض، وأن الخوف والغضب قد يصيبان المرء بالتلف، وعند بداية القرن التاسع عشر شرح الطبيب الفرنسى «بيركا بانيس» المفهوم القائل بأن النزوات القوية «يمكن أن تودى إلى المرض» وحدث ذلك في أثناء الثورة الفرنسية، فدعى (كابانيس) إلى تبنى المسلك النفسجسمى تبنيات ملاكو سين لإصلاح الطب. (هوارد، مارثا لويس، ١٩٧٥، ص١٩)

ويرجع البعض الفضل إلى **هنرث** وتحديدا عام ١٨١٨ والذى ساهم في صك مفهوم الامراض السيكوسوماتية أو النفسية الجسمية **Psychosomatic** عندما كان يتحدث عن الأرق في الأمراض السيكوسوماتية، فالمريض يكون قد فقد توافقه **Maladjusted** ومن هنا فإنه بهذه الملاحظة قد فتح مجال البحث والملاحظة للحديث عن (وزن أثر) العوامل النفسية في إحداث الأمراض الجسمية. وسوف نذكر في عجالة بعضا من هذه الاجتهادات:-

أ- يرى **دونالد ليرد والبانوريد** أن العقل قد يساهم في إحداث العديد من صور العلل البدنية **Body ailments**، فالأفكار السيئة تثير الانفعالات

المؤلمة والتى بدورها (أى الانفعالات) تؤثر فى وظائف البدن. فالغضب يجعل المعدة دائما متهيجة ويكون ذلك بداية الإجهاد والإنهاك لأجهزة ووظائف الجسم، وعندما تستمر هذه الانفعالات تنتج العديد من صور التغيرات السيئة في أعضاء الجسم، ولذا فإن العقل يؤثر في البدن أكثر من تأثير البدن في العقل.

ب- يذهب الفرد مارو **Alferd Marrow** إلى أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجة للشدة أو الضغط المستمر الذى يتعرض له الفرد، وأن هذه الأمراض تنتج في الأساس جراء مؤثرات عصبية تنهك أعضاء الجسم وتؤثر تأثيرا سلبيا عليه.

جـ- في حين يذهب البعض إلى أن سبب هذه الاضطرابات هو الصراع النفسى. فالآلام التى يعانى منها البشر ليست لها أسس عضوية بمعنى أنه لا تأتى من الخارج عن طريق الجراثيم التى تسبب هذه الإصابة الداخلية، بل إن الصراعات التى كان يعانى منها المريض، وعدم حسم هذه الصراعات قد أثرت تأثيرا سلبيا وانعكس ذلك في جملة المتاعب الصحية التى يعانى منها الفرد الآن.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرة لقت اعتراضا لاتجاه ساد فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر وخلاصته ظهور ما يسمى بأنصار **النظرية البكتيرية في تفسير الأمراض**، وخلاصة هذه النظرية أن الطب يجب أن يذهب جُلَّ اهتمامه إلى التعرف والتتبع لأثر الجراثيم التى يمكن أن تحدث العديد من صور الأمراض، وأن هذه الجراثيم تزدهر مع تهيئة ظروف فى البيئة الخارجية، ويجب أن يذهب الاهتمام إلى كشفها بدلا من البحث عن (عوامل لا نستطيع الإمساك بها) تحدث داخل الفرد.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرية قد لقيت دورًا جد هام في إهمال الدور الذى تلعبه العوامل النفسية في إحداث الاضطرابات الجسدية وصرف الأنظار قليلا عن تتبع هذه العلاقة جد المعقدة والمتشابكة بين النفس والجسد.

د- في حين ركز برنارد رس **Barnard reiss** اهتمامًا كبيرًا لدور البيئة في

إحداث هذه الاضطرابات، فالاضطراب يعبر عن نفسه من خلال إصابة البدن، ولذا فإن الإصابة بقرحة المعدة المعوية قد تكون عرض أو نتيجة مترتبة على الحالة النفسية السيئة.

هـ- في حين أولى أيزنك Eysenck. H الاهتمام الأكبر للأحداث السيكولوجية وما تسببه من اضطرابات جسمية معينة.

و- فى حين أن انستازى وفوللى Anistasisa & Foley ينظران إلى أن الحالة النفسية السيئة هى السابقة، والاضطرابات الفسيولوجية نتيجة لها أو لاحقة عليها.

ز- في حين أكد أندرسون وتريثون Anderson & Trethown على أن الاضطراب الانفعالى غالبا ما يكون عاملا مهيئا، وقد لاحظ أن مرضى روماتيزم المفاصل -مثلا- يسبق إصابتهم بهذا المرض حالة من الاكتئاب المستمر. (محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٧، ٧)

حـ- في حين أن أهم دراسة أجريت في هذا الصدد تلك الدراسات التى انطلقت من مدرسة التحليل النفسى وأنصاره وخاصة تلك الأبحاث التى قام بها **الكسندر ومدرسة شيكاغو**، ومساهمتهم الرائدة في هذا الاتجاه. فقد تم دراسة **(قرحة المعدة)** على سبيل المثال وينحصر هذا العصاب في حقيقة أنه اضطرابات مزمنة في حركات المعدة وإفرازاتها، ولا يعد إفصاحا عن انفعال أو حتى (مجرد) تصفية له، بل هو المصاحب الفسيولوجى له، وأنه يصيب مرضى -أو أشخاص- يكون التحليل النفسى الدينامى لهم أنهم يحتاجون إلى أن يحبهم الآخرون، وأنهم من أجل ذلك يعانون. إنه الجوع إلى الحب، والحاجة إلى التواجد فى حضرة الآخر الذى يمنح الذات (المريض) الحياة والإحساس بالقيمة، وأن الاقتصار إلى ذلك يجعل هؤلاء الأفراد (المرضى فيما بعد) يشعرون بمشاعر الإثم أو الخزى، وبالتالى تظل هذه (الحاجات الإنسانية) لديهم محرومة من الإشباع، ولما كانت هذه الحاجة وثيقة الصلة بالرغبة في التغذية، وهى أول موقف يشعر فيه الطفل بإرضاء حاجته إلى حب أمه له وعنايتها به، فإن الحاجة المزمنة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط

الحــركـى والإفــرازى للمــعــدة. ومـن هنا تـكون (أعــراض المعــدة المؤلمة والمتقلبـة) ما هى إلا الأحداث الفسيـولوجية للانفعال وليست بديلا عن الانفعـال، ولذا فإن مثل هذه الأعراض قد تختفى (بل تختفى بالفعل) بمجرد أن يشعر المريض أنه قد أشبع الحاجة إلى الحب، وبدأ الآخرون في العناية والاهتمـام به (وهو مـا يحـدثنا عنه التحليل النفـسى في المكاسب الثانوية التى تعود على الفرد من المرض)..

وقس على هذه الحـالة إمكانيـة نشـوء العـديد من الأمـراض الوظيـفيـة العديدة من خلال تفاعل الحيل النفسيـة والفسيولوجيـة في كافة ميادين علم الأمـراض. بل إن تطور الأمـراض المعـدية يمكن أن يتـعـزز بالانفـعـال وانقبـاض الشرايين. (دانييل لاجاس، ١٩٧٩، ص ص ١٤٨-١٤٩) (Staf Ford, 1959, P. 149)

وليس هذا فـحسب بل إن مدرسـة التحليل النفسي تطرح العـديد من التساؤلات التى دفعت خطوات البحث قدمًا في هذا الاتجاه والتى تؤدى في نهـاية الأمـر إلى كـشف غـمـوض العـديـد من الجـوانـب في الاضطـرابات السيكوسوماتيـة مثل طرحها هذا التساؤل: ما الذى يجعل شخصا ما يصاب بمرض بعينـه دون بقيـة الأمـراض، وبمعنى آخـر هل تختـار الشـخـصيـات الفردية أمـراضا سيكوسوماتية معينة حتى تمرض بها؟ وهل المرض يختار ضـحـاياه أم أن الضـحـايا هم اللذين يخـتـارون الأمـراض التى تتـفق مع شخصياتهم وعاداتهم؟

فى الواقع أن الدراسات قد أكدت على الآتى:-

١- إن تكوين الشخصية هو الذي يحدد ذلك إلى حد ما.

٢- إن سمـات الشخص تجعل الفرد مهيئا -دون غيره- إلى اختيار المرض الذى يتفق مع هذه السمات (أى لا عشوائية لا فى السلوك ولا حتى في اختيار المرض).

٣- إن أي مـرض سيكوسـومـاتى يصـاب به الفـرد له مكوناته الانفـعـاليـة الخاصة به.

٤- إن الجهد النفسى والمعاناة لفترة طويلة من الانفعالات السيئة قد يقود إلى إنهاك قوى الفرد النفسية مما ينعكس ذلك سلبا على (مسرح الأحداث الداخلية للفرد).

٥- إن لكل مرض دلالاته النفسية المحددة. فمثلا الإصابة بالالتهاب الجلدى لدى بعض الأفراد يشير إلى احتياج مثل هؤلاء الأشخاص إلى الملامسة الجسدية من قبل الآخرين (وهو احتياج نفسى يختلف عن احتياج الأفراد المصابين بقرحة المعدة.. وهكذا).

٦- إن التعامل مع الأعراض الجسدية فقط لا يفيد بدليل أن الاعتماد فقط على الجانب العضوى أدى إلى وصف هؤلاء المرضى بأنهم أصحاب (الملفات الضخمة) نظرا لما تحتويه من فحوص وتحاليل وأدوية دون أن تجدى أثر وأن (فهم) دلالات الأعراض يؤدى إلى الشفاء التلقائى (لأننا نكون قد تعاملنا مع السبب وليس مع العرض).

٧- إن الأمراض السيكوسوماتية لا تحدث نتيجة لانفعالات مكبوتة منذ فترة الطفولة ولكن عن عوامل انفعالية راهنة أحدثت هذا الاضطراب.

(مصطفى زيور، ١٩٨٦؛ **Sills, 1985, P. 155**)

ولا يقتصر الحديث عن موضوع العلاقة بين النفس والجسم على الاجتهادات السابقة بل نجد أن **القرآن الكريم** قد تعرض لهذه العلاقة في سورة يوسف إذ أدى غم وحزن سيدنا يعقوب على فقدان ابنه يوسف إلى تغير لون عينه ومعاناته من الاضطراب في الرؤية أو كف لها ﴿وَتَوَلَّىٰ عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسَفَىٰ عَلَىٰ يُوسُفَ وَابْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ﴾ (سورة يوسف، آية ٨٤)، ويواصل القرآن حديثه عن التغيرات الإيجابية التى حدثت في نفس سيدنا يعقوب بعد أن علم أن ابنه يوسف ما زال حيا يرزق، وسرعان ما انعكست هذه الحالة النفسية (الطيبة والإيجابية) على نفسيته فعادت إليه الرؤية.

ولكن ما هو دور العرب في مثل هذه العلاقة الجدلية بين النفس والجسد؟

أبحاث ودراسات العلماء العرب في مسألة العلاقة بين النفس والجسد:-

يذكر التاريخ أن العرب كان لهم فضل السبق في هذا الأمر، وسوف أكتفى بذكر بعضا من هذه الإسهامات.

أ- **ابن قيم الجوزية** أرجع الصداع إلى العديد من الأسباب أهمها العوامل النفسية، وأن هناك علاقة مباشرة بين الصداع كألم جسمى وبين الأعراض النفسية كالقلق والغم، وهو بهذا يؤكد هذه العلاقة، ولذا فإنه يؤكد الحقيقة التى سبق أن ذكرناها من أن التركيز فقط على الأعراض الجسمية وعلاجها لا يجدى بل لا بد من أخذ العوامل النفسية في الاعتبار. (ابن قيم الجوزية، ١٩٥٧)

ب- في إحدى القبائل القديمة ذبح شيخ إحدى القبائل، ودارت الشكوك حول خمسة من الرجال كان قد أصابهم منه ضررا في الماضى.. وكانت المشكلة: كيف يتم اختيار (المذنب) من بين هؤلاء الخمسة؟

ولاكتشاف المذنب قام الطبيب العراف **Witch** بإقامة احتفال كبير وأحضر الخمسة أفراد ووسط دقات الطبول المنتظمة.. أخذ التوتر يظهر لدى الرجال اللذين وقفوا أمام القبيلة وكانت ظهورهم للنهر. وقد وضع العراف أمام كل رجل (من اللذين دارت حولهم الشبهات) كوما من الأرز مطبوخا، وقبل أن يطلب منهم التهام الأرز الذى أمامهم خطب فيهم عن الظلم والجور الذى وقع باغتيال رئيس القبيلة، وعن قدرة السحر في اكتشاف القاتل، وأن الشخص الذى قام بهذا الفعل الإجرامى لن يستطيع أن يبتلع حبات الأرز المطهية (رغم سهولة بلعها) وأن هذه الطريقة جيدة في اكتشاف المذنبين وأنه قد جربها من قبل وقد أثبتت فاعليتها ثم قام بعرض أطباق الأرز على المتهمين بطريقة مسرحية. وقال: انظر **Look** وشاهد **Behold** فتقدم أربعة منهم لأكل الأرز دون أن يظهر عليهم علامات خارجية للسرور أو الرعب. أما الخامس فبوجه ترابى وبصعوبة وقف على رجلين مرتعدتين، وأخذ يحرك فكيه بصعوبة وبلا جدوى حاول ابتلاع بعض حبات الأرز دون نجاح..

وفى النهاية لم يجد مناصًا سوى الاعتراف بقتل رئيس القبيلة.

(محمود أبو النيل ١٩٩٤، ص١٦)

وهنا نجد كيف أن العراف قد استطاع باستخدام العديد من الحيل والطرق ومحاولة استكشاف ما هو نفسى ومواراه خلف الصدور إلى أن يجعل المجرم الحقيقى يعترف بجريمته وسط أعضاء وأفراد القبيلة ومن خلال علامات (جسدية) واضحة تمثلت فى: صعوبة البلع، وظهور علامات القلق، وارتعاد القدمين وارتعاشاتهما، وصعوبة السير أو حتى القدرة على التقاط حبات الأرز، وكذا صعوبة البلع.. وهى كلها علامات تدل على تداخل كل ما هو نفسى مع ما هو عضوى.

جـ- جاء في كتاب ابن سينا (الأصل والعودة) واقعة علاج أوضحت بجلاء تداخل ما هو عضوى مع ما هو نفسى. والأمر باختصار إذ كانت المريضة عبارة عن جارية تعمل في بلاط الملك وكانت منحنية لأسفل لحمل الأكواب أو الأطباق فأصيبت فجأة بما يسمى بروماتيزم مفاجىء في المفاصل جعلها غير قادرة على أخذ الوضع الطبيعى في الوقوف، وتم استدعاء العديد من أطباء الملك لعلاجها ومحاولة إعادتها إلى حالتها الأولى (قبل هذا الروماتيزم المفاجىء) ففشلوا جميعا (لأن الجميع قد ركز على الجانب الجسمى ولم يعر اهتماما للجانب النفسى) وتم استدعاء ابن سينا لعلاج هذه الحالة. وبالفعل عرف كافة المحاولات العلاجية التى قام بها من سبقوه. وهنا فطن إلى حقيقة المرض وإلى الجانب النفسى المستتر خلف هذه الأعراض فماذا فعل؟ جعل من انفعال الخجل أحد أهم أدواته المساعدة في العلاج وبدأ يرفع ملابس الجارية بادئ بالبرقع حتى الخمار.. وهكذا حتى شعرت المريضة أن (ابن سينا) سوف يرفع عنها كافة ما ترتديه من ملابس فأدى ذلك إلى استثارة انفعال الخجل لديها فأنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقف المزاج الروماتيزمى.. وإزاء ذلك استطاعت المريضة أن تنهض واقفة على قدميها معتدلة كاملة الاعتدال لكى تمنع (ابن سينا) من مواصلة تعريتها أو تجريدها تدريجيا من ملابسها (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ١٧)

وواضح من فهم وحدس ابن سينا للعوامل النفسية التى تكمن خلف هذه الحالة. فالحالة مظهرها جسدى، إلا أن فشل العلاجات الجسمية فى حد ذاتها وبمفردها يستدعى ضرورة استخدام أساليب علاجية أخرى (نفسية) تكون هى الأساس والعوامل المساعدة في الشفاء وهذا ما لجأ إليه ابن سينا وبالتالى كان الشفاء. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧)

د- ذهب ابن عيسى المجوسى في كتابه (كامل الصناعة الطبية) إلى استخلاص العديد من الحقائق النفسية والطبية ومن خلال تراكم خبراته بالحالات المرضية إلى ذكر قاعدة أساسية خلاصتها: إن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد.. إلخ تغير المزاج ويؤدى ذلك (أى تغيير المزاج) إلى إحداث تغيرات في البدن تقود في نهاية الأمر إلى إنهاكه وتولد هذه الحميات الرديئة أى الأمراض التى تأخذ ظاهريا شكل عضويا إلا أن حقيقتها في نهاية الأمر تعود إلى عوامل نفسية وما لم يتم التعامل مع الجوانب الانفعالية السيئة فلن تتحسن الحالة.

هـ- الطبيب الرازى الفطيم قد ذكر في كتابه القسم (أخلاق الجلالى) إلى بيان حقيقة تداخل العوامل النفسية مع العوامل الجسدية فى إمكانية إحداث حالة سيئة في البدن ومن أشهر محاولاته العلاجية الناجحة في هذا الصدد أنه قد تم استدعاؤه إلى (ترانسواكسيانا) ليعالج الأمير منصور الذى كان يشكو من بعض الأمراض الروماتيزمية في مفاصله. وقد فشلت جميع جهود الأطباء اللذين سبقوه في هذا الأمر وأن استدعاءه للعلاج قد جاء بعد فشل محاولات أطباء القصر وغيرهم من الأقربين إليهم في البلد، ولما دخل الرازى بخارى بلد الأمير جرب طرقا عديدة لعلاجه دون أن يتوصل إلى نتائج علاجية ملموسة وقال له آخر الأمر (حين استشف أن تأخر العلاج يرجع إلى التركيز على العوامل الجسدية دون الأخذ في الاعتبار العوامل النفسية السيئة التى تفاعلت داخله) قال للأمير: سأجرب غدا طريقة جديدة ولكنها ستكلفك خير حصان وخير بغل في حظيرتك. وفى اليوم التالى ركب الرازى والأمير

وذهبا إلى حمام ساخن (خارج مدينة بخارى - بلدة في إيران حاليا) وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذى وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة تنضج فيه الأخلاط التى في مفاصله. ثم خرج الرازى ولبس ثيابه، ثم عاد ودخل مرة أخرى على الأمير الرابض في الحمام الساخن وفى يده سكين ووقف برهة يسب الأمير قائلا: لقد أمرت أن أقيد وأن ألقى في القارب متآمرًا بذلك على حياتى وإن لم اقتلك عقابا لك على ذلك فلست محمد ابن زكريا، فغضب الأمير غضبا شديدا وثارت ثائرته وهب واقفا على قدميه مدفوعًا بالغضب من جهة والخوف من أن يقتل من جهة ثانية. فأسرع الرازى هاربا.. وبعد فترة أرسل إلى الأمير منصور رسالة أخبره فيها بفنياته العلاجية الناجحة والتى قادت في نهاية الأمر إلى شفائه قائلا: إنه عمد للعلاج النفسى ولما تعرضت الاخلاط الفاسدة لحرارة الحمام الساخن إلى الحد الكافى أثرتك عامدا حتى أزيد من حرارتك الطبيعية، و بذلك اكتسبت من القوة ما يكفى لإذابة الأخلاط التى كانت قد لانت... إلخ. (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ١٢٤-١٢٥)

ويتضح أن ميكانيزمات العلاج التى لجأ إليها الرازى تشابه إلى حد كبير من التى استخدمها ابن سينا في علاج الجارية. إذ بعد التأكد من فشل (كل العلاجات الجسدية) لجأ إلى العلاج النفسى.. وقد أرسل شرحًا لهذه الفنيات إلى الأمير حين قال له لقد أثرتك (بالسب + التهديد بالقتل) وأننى لم أجد مناصًا سوى اللجوء إلى العلاج النفسى حتى يحدث التأثير العلاجى المطلوب لحالتك.

و- ونختتم جهود العرب فى فهم العلاقة الجدلية بين ما هو جسدى وما هو نفسى وصعوبة الفصل بينهما إلى (محاولة علاجية ناجحة) قام بها ابن سينا وقد ذكرها في كتابه العظيم **القانون**. ففى القسم الخاص بالحب والذى يصنف ضمن الأمراض العقلية أو المحنية والأرق والنسيان والهوس والخوف والملانخوليا وما شابه ذلك ذكرت الحادثة التالية:

فعندها هرب ابن سينا من محمود العزنوى متنكرًا إلى مدينة هابركانيا عن طريق نهر كاسبيان ووجد أحد أقارب حاكم ذلك الإقليم مريضا بمرض حير كل الأطباء المحللين، وفحص ابن سينا المريض بعناية، وطلب أن يأتى معه بعض ممن يعرفون أحياء المدينة والمدن الموجودة بالإقليم وقاموا بذكر أسمائها بينما ابن سينا واضعا يده على نبض المريض. وعندما ذكر اسم مدينة معينة شعر بزيادة في نبض المريض. وفي الحال قال ابن سينا: إني في حاجة لبعض ممن يعرفون كل البيوت والشوارع والأحياء فى هذه المدينة، ومرة أخرى وجد زيادة في نبض المريض عند ذكر اسم شارع معين، كذلك ارتفع النبض عند ذكر منزل معين وذكر قاطنيه.. فقال ابن سينا: إن هذا الشاب واقع في حب بنت تسكن في ذلك المنزل من ذلك الشارع من ذلك الحى من تلك المدينة واكتمل علاج الشاب بزواجه منها في ساعة حددها ابن سينا.

(محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ص١٢٦)

ولذا يتضح من كل ما سبق أهمية تداخل الجانب النفسى مع الجانب الجسدى ولذا فإن البحث السيكوسوماتى منذ نشأته قد اتخذ اتجاهين أساسيين هما:

الأول: هو محاولة تحديد المتغيرات السيكولوجية التى يفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية، ولقد استوحى هذا الاتجاه نظرية التحليل النفسى وازدهر بقيادة (فرانز ألكسندر) حتى عام ١٩٥٥.

الثانى: المحاولة عن طريق الدراسات المعملية والوبائية لاكتشاف العلاقات الارتباطية بين المواقف المثيرة اجتماعيا والاستجابة السيكولوجية لها عند الفرد والتغيرات التى تطرأ سواء في وظائف فسيولوجية معينة أو فى الحالة الصحية عموما مثل: فقدان العمل وبين حدوث المرض وبداية ودرجة شدته، ومثل هذا الاتجاه «هارولد وولف» ومساعدوه في جامعة كورنل. (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ص١٢٢)

ولإيضاح ما سبق اتضح أن العديد من الأمراض العضوية الخطيرة مثل

السرطان بها عوامل نفسية، وأن تجاهل هذه العوامل النفسية والاقتصار فقط على التركيز على العلاج الطبى (الجسدى) لن يؤدى إلى الشفاء وأن الأبحاث العديدة قد كشفت وجود علاقة أكيدة بين الحالة الإنفعالية الشديدة والتعرض للإصابة بالسرطان، وأن التأثير المباشر والعلاقة السببية بين السرطان والعوامل النفسية من العوامل التى حاولت البحوث أن تكشف عن حجم تأثيرها، ولعل دراسة **Patel** من الدراسات الجادة التى ربطت ما بين الإصابة بالسرطان والعوامل النفسية خاصة الضغوط والصدمات والمشقات التى يتعرض لها الفرد ويفشل في التعامل معها. (**Patel, 1991**)

وغيرها من الدراسات: انظر: (محمود أبو النيل ١٩٩٧، ص ص ٦-٢٩)؛ (نجيب اسحق، رأفت عبد الفتاح، ١٩٩٥)، (جاسم الخواجة، ٢٠٠٠، ص ص ٢١٥-٢٤٤)؛ (**Nwoye, 1998**) وغيرها من الدراسات.

ولذا فإن العوامل النفسية التى تكمن خلف العديد من الاضطرابات والأمراض الجسدية قد بدأ يعترف بها ولا شك أن هذه النظرة (المتكاملة) في التعامل مع الجسد + النفس يقود إلى الشفاء.

إن كل ما سبق يحتم علينا أن نتناول (الانفعالات) بصورة أكثر وضوحًا. وهذا ما نحاوله في الفصل القادم.



مراجع الفصل

١- ابن قيم الجوزية (١٩٩٧): **الطب النبوى**، مطبعة دار إحياء الكتب العربية، القاهرة.

٢- التجانى الماحى (١٩٥٩): **العرب والطب**، القاهرة، دار المعارف سلسلة اقرأ.

٣- جاسم محمد الخواجة (٢٠٠٠): **علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان**، دراسات نفسية، مج ١٠، ع٢، إبريل، رابطة الإخصائيين النفسيين، ص ص ٢١٥ - ٢٤٤.

٤- دانييل لاجاس (١٩٧٩): **المجمل في التكميل النفسى**، ترجمة مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة الدراسات النفسية والاجتماعية، القاهرة، دار المعارف.

٥- صبرى جرجس (١٩٦٧): **من الفراعنة إلى عصر الذرة** - سطور في حق الصحة النفسية في مصر، القاهرة، دار الكاتب العربى للطباعة والنشر.

٦- فرج الهونى (١٩٨٦): **تاريخ الطب فى الحضارة العربية الإسلامية**، ليبيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.

٧- لطفى فطيم (١٩٧٩): **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.

٨- لطفى فطيم (١٩٩٤): **العلاج النفسى الجسمى**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٩- مجدى زينة (٢٠٠٠): **دراسة في علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية**، بأحداث الحياة لدى المتضررين في حرب الخليج الثانية، دكتوراه غير منشورة آداب عين شمس.

١٠- محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤): **الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربي.

١١- محمود السيد أبو النيل (١٩٩٧): **العوامل النفسية في مرض السرطان**، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٤٣، ص ص ٦-٢٩.

١٢- محمد حسن غانم (٢٠٠٩ - أ): **اتجاهات حديثة في العلاج النفسى**، القاهرة، مدبولى للنشر والتوزيع.

١٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٩ - ب): **العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

١٤- مصطفى زيور (١٩٨٦): **بحوث مجمعة في النفس**، بيروت، دار النهضة العربية.

١٥- منجر مندوليف (١٩٩٦): **أضواء الطب النفسى على الشخصية والسلوك**، ترجمة محمد أحمد غالى، القاهرة، مطبعة القاهرة الحديثة.

١٦- نجية إسحق، رأفت عبد الفتاح (١٩٩٥): **دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان**، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٣٣.

١٧- هوارد.، . & د مارث لويس (١٩٧٥): **النفس والجسد**، ترجمة محمد عماد فضل، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

18- Newoyc, A (1998). The theorg and practic of African grief therapy. in: Madus. N. and Baguman, P.K (eds.) inqest for psycho-ther rapy for modern African: Sovenga, South Africa.

19- Slls, D (1985): international Encyclopedia of the social sciences, vol (13). No (4), the Macmillan Co many and the Free Press.

Stafford, C (1959): Psychiatry to day, A pelican Book.





الانفعالات والاضطرابات النفسجسدية



- مدخل إلى الانفعالات.
- متى تنفعل.
- تعريف الانفعال.
- مصطلح الانفعال وما يرتبط به من مصطلحات أخرى.
- مظاهر الانفعال.
- وظائف الانفعالات.
- جوانب الانفعال.
- بعض النظريات التى حاولت تفسير الانفعالات.
- طرق قياس الانفعالات.
- الانفعالات والاضطرابات النفسية والعقلية.
- فوائد الانفعالات.
- مراجع الفصل.

مقدمة

تلعب الانفعالات دورًا جد هام في إصابة الفرد بالاضطرابات السيكوسوماتية، وأن فشل الفرد في العلاج (اعتمادًا على العلاج الدوائى - الجسمى) فقط، بيد أن فهم الأسباب النفسية التى تكمن خلف الأعراض يعجل بالشفاء، وهذا ما فطن إليه الأقدمون سواءا في الحضارة الهندية إلى الصينية أو حتى العربية وأن الطبيب يجب أن يكون (كليا) في نظرته إلى الأمور، خاصة بعد أن تم التوصل إلى حقيقة مؤداها: إن غالبية الأمراض العضوية من: سرطان، ضغط، سكر، قلب... إلخ لها أساس نفسى.

ولذا سوف نركز في هذا الفصل على الانفعالات ودورها في إحداث الاضطرابات السيكوسوماتية.





الانفعالات
Emotions

مدخل إلى الانفعالات:

تعد الانفعالات من أكثر الموضوعات إثارة للجدل ذلك لأن الإحساس بالقوة، والثقة بالنفس، والتفاؤل، أو حتى الإقدام على الانتحار، أو العكس الشعور بالسرور والفرح والانشراح، بل إن مسألة كيفية التعبير عن المشاعر، وهل ما تشعر به (داخليا) تستطيع أن تعبر عنه خارجيا وما هو الموقف بالنسبة للأشخاص القادرين على (إخفاء) مشاعرهم وانفعالاتهم الداخلية.

(Maerr, D, 1995, p:433)

ولذا يرى البعض أن الانفعالات تمثل بعدًا آخر من الأبعاد البيولوجية والفسيولوجية للسلوك إذ تمتلىء حياة الفرد بالانفعالات المختلفة.. وقديما فرق العلماء بين الحالات المعتدلة من الانفعالات والحالات الشديدة من الانفعالات بل وفرقوا ما بين الحالات الوجدانية (مثل الشعور العام باللذة والراحة والسرور) وبين الحالات الانفعالية (مثل الشعور بالسعادة والحزن العميق والفزع) إلا أنه لا يوجد حد فاصل بين هذه وتلك، كما لا يمكننا أن نتخيل أن هناك حدود فاصلة ما بين الوجدانيات وبداية الانفعالات، لذا يطلق العلماء حاليا على كل حالات الإنسان اسم: الانفعالات.

(سعد جلال، ١٩٨٥، ٤٥١)

وتتسم الانفعالات عموما (بغض النظر عن نوعها) بثلاث صفات:-

١- إنها حالة وجدانية يصحبها اضطرابات فسيولوجية وتعبيرات حركية مثل انفعال الخوف والحزن... وهذه الانفعالات يكون الفروق فيما بينها فروق في الدرجة.

٢- إن الانفعالات (بغض النظر عن نوعها) تصحبها مجموعة من التغيرات

الداخلية (أى التى يشعر بها الفرد ويمكن وصفها) ومظاهر خارجية حيث يمكن ملاحظتها والحكم عليها (من قبل أكثر من ملاحظ خارجى).

٣- إن الانفعالات (بغض النظر عن نوعها) لا تستمر لفترة طويلة بل تكون متغيرة (ونحن نعبر عن ذلك بأقوالنا بأن الفرح لا يدوم والأحزان لا تدوم، وتبات نار تصبح رماد، ويوم حلو ويوم مر، والدنيا كده وكده، ودوام الحال من المحال، ولو دامت لغيرك ما وصلت إليك، وإذا جاءتك الدنيا فلا تغتر، ويوم ماشى ويوم راكب... إلخ) (Carison.t & Hatfield, e, 1991).

كما أن الانفعالات قد حازت على الاهتمام منذ القدم، ونجد العديد من مؤلفات علم النفس كانت تدمج الدافعية مع الانفعالات على أساس أنهما وجهان لعملة واحدة لذا نجد مثلا - ماكدوجل (صاحب نظرية الغرائز) قد ذكر بوجوب انفعالات مصاحبة لكل غريزة أو دافع. فالهرب الانفعال المصاحب له هو الخوف، وأن غريزة القتال الانفعال المصاحب لها هو: الغضب، وأن الانفعال المصاحب للغريزة الجنسية هو انفعال: الشهوة وهكذا.. مما يجعلنا سنقف -فيما بعد- على حقيقة أنه من الصعب تقديم تعريف جامع شامل لمفهوم الدافعية لأنه بالفعل مفهوم معقد ومرتبط بالعديد من المفاهيم والحالات المختلفة التى تعبر عن (أحوال الشخص). ناهيك عن الصعوبات التى رافقت عملية (قياس الانفعالات) وقدرة الأجهزة (خاصة جهاز كشف الكذب) عن (تقنين) انفعالات الشخص وغيرها من القضايا المرتبطة بالانفعالات. (Corsini Encyclopedia, 2001, pp;495-496).

متى ننفعل؟

هل الانفعالات (تظهر وتختفى) وفق أسس وقوانين معينة، أم أن هناك (عشوائية) تحكم ظهور واختفاء الانفعالات؟

واقع الأمر أنه من خلال (متابعة وملاحظة ومراقبة) انفعالات الشخص وجد أن الانفعالات تظهر في الحالات الآتية:

١- عندما يكون الدافع **قويا**، لأن الدافع كلما كان قويا كلما صحبه انفعال قوى، وأن الانفعال هنا يهيئ الكائن ويحشد طاقاته ليبذل جهدا إضافيا،

وتحت الحالة الانفعالية المعتدلة يصبح الإنسان أكثر كفاءة لأداء عمله.

٢- عندما **يحبط** الدافع أو يعاق، لأن إشباع الدوافع (دون وجود عقبات) لا يؤدى إلى إثارة أى انفعالات اللهم إلا انفعالات الفرح والسعادة، بيد أنه إذا حدث إحباط أو منع لأشياء الدافع هنا تظهر الانفعالات العنيفة وربما غير الناضجة.

٣- عندما يظهر الدافع بشكل **مفاجئ**، وهنا يستثار الانفعالات لتعبئ مزيدا من الطاقة لتتلائم مع متطلبات الموقف الجديد.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٤٧)

تعريف الانفعال Emotion:

بالرغم من أن الانفعال من المفاهيم الشائعة في مجال علم النفس، فلا يوجد تعريف واحد يعترف به جميع المتخصصين في مجال علم النفس:

- لأن الانفعال يتمثل في عملية ذات طبيعة مركبة إلى درجة أنه لا بد من تحليل (الحدث الانفعالى) إلى أجزاء من مختلف وجهات النظر.
- إن الانفعال كان ينظر إليه على أساس أنه حدث شعورى، وتركزت المشكلات بين الانفعال والتعبيرات الجسدية.
- يرى البعض أن الانفعال عبارة عن نماذج انعكاسية معينة للاستجابة (مثل الغضب والخوف والفرح... الخ) تتصل بالمراكز العصبية في منطقة الهيبوثلاموس.
- ويرى البعض أن مفهوم الانفعال يجب استخدامه بشكل أوسع وذلك على أساس أنه: اضطراب حاد ناشئ عن موقف سيكولوجى، ويظهر في الخبرة الشعورية وفي السلوك، من خلال التغيرات في الاعضاء الحشوية الداخلية (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٥٥).

وسوف نعرض -باختصار- لمفهوم الانفعال في العديد من المراجع:

• يرى مصطفى زيور أن مصطلح الانفعال يشير إلى:

١- الانفعال اصطلاح في علم النفس يشير إلى ما يتعرض له الكائن الحى

من تهيج أو استثارة تتجلى فيما يطرأ عليه من تغييرات فسيولوجية بغض النظر عن (مقدار) التهيج سواء أكان داخليا أم خارجيا.

٢- ولذلك فإن الانفعال - وفقا لنظرة سارتر الوجودية - هو موقف من العالم، وشعور حيال الآخر وعلاقته به.

٣- في حين يركز أنصار التحليل النفسى على إبراز صلات الانفعالات المختلفة بالبناء الكلى للشخصية، مع التركيز على طبيعة الانفعالات ذات الطابع المرضى.

٤- كما يذكر أيضا طبيعة الانفعالات وتأثيراتها السيئة على جميع أجهزة الجسم، ونشوء فئة من الأمراض تسمى: الأمراض السيكوسوماتية.

٥- كذلك فقد أشارت الدراسات الكلينيكية إلى أن القدر الأمثل من الانفعال شرط أساسى للإقبال المتحمس على العالم والآخرين، ومنح الفرد القدرة على المثابرة والارتباط بالواقع.

٦- كذلك أبرزت الدراسات التقليدية في علم النفس أهمية الانفعال في صوره المختلفة في التعلم والتذكر والإدراك وغيره من الوظائف والعمليات النفسية (مصطفى زيور، ١٩٧٥، ٨١-٨٢).

وواضح أن زيور لا يقدم تعريفا للانفعال، بقدر ما يبرز (النظرات) المختلفة للانفعال في (العديد) من الاتجاهات النفسية والفلسفية.

- تعريف الحفنى للانفعال:

يرى أن الانفعال هو طاقة مزاجية يمكن دراستها في التوافق الانفعالى للفرد، بما يتصف به من ثقة وطمأنينة وموضعية، وفى التوافق الاجتماعى فيما يمكن أن يتسم به من ألفة وسيطرة وثقة.

ثم يغوص في شرح ما يرتبط بالانفعال من (متغيرات) مثل: النمط الانفعالى **emotional pattern**، والنضج الانفعالى **emotional maturity**، والتبلد الانفعالى **emotional apathy**، والضبط الانفعالى **emotional control**، والتنفيس الانفعالى **emotional relase** وغيرها من المفاهيم (عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٥، ٢٦٤-٢٦٥، جـ١).

- تعريف فرج طه وزملائه للانفعال:

«استثارة وجدان الفرد وتصبح مشاعره، وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحى ودوافعه.. ويستثار الانفعال عندما يستثار الدافع، ويأخذ الشكل الذى يناسب ويتفق معه، وللانفعال علاوة على بطانته النفسية مظاهر فسيولوجية عضوية (فرج طه وآخرون ١٩٩٣، ١٢٨).

تعريف موسوعة كورسينى في علم النفس:

الانفعال هو حالة وجدانية تتسم بالاضطراب الشديد، وأن الانفعال حين يستثار لا بد أن تتفاعل معه الكثير من أجهزة الجسم، وأن الانفعالات الحادة إذا استمرت فترة طويلة فإنها تترك الفرد فريسة للعديد من الامراض الخطيرة (corsin encyclopedia, 2001, v.12, p:495-496).

ونستطيع أن نخلص مما سبق إلى تقديم هذا التعريف: الانفعال هو حالة مزاجية تعترى الشخص، ولها أسباب إما داخلية أو خارجية، ويأتى الانفعال كرد فعل لهذه المثيرات، محققا هدفا معينا بعد إظهار قاعدة للآخر وموقفه من (الفعل)، ومع انتهاء الموقف ينتهى الانفعال.

مصطلح الانفعال وما يرتبط به من مصطلحات أخرى:

١- الانفعال والدافعية:

كثيرا ما يخلط الباحثون بين هذين المفهومين، كما ينظر بعض الباحثين إلى الدوافع كنتيجة مترتبة على ظهور الانفعالات حيث يدفع الانفعال الإنسانى إلى القيام باستجابات توافقية معينة، كما نجد أن بعض الدوافع يمكن أن يترتب عليها ظهور انفعالات معينة.. لكن توجد فروق بين الانفعالات والدوافع تتلخص في:-

أ- تستثار الانفعالات عادة بواسطة منبهات خارجية في حين تستثار الدوافع غالبا بواسطة منبهات داخلية.

ب- عندما نتحدث عن الانفعالات يتركز اهتمامنا حول الخبرات الذاتية والوجدانية المصاحبة للسلوك في حين أنه عندما نتحدث عن الدافعية نركز اهتمامنا عادة على النشاط الموجه نحو الهدف

(عبد اللطيف خليفة وآخرون ١٩٩٠، ٤٥٧).

٢- الانفعالات والعاطفة:

يخلط البعض أيضا بين مفهومى الانفعال والعاطفة بيد أن العاطفة لكى تتكون فلا بد من تكرار الانفعالات أكثر من مرة فالوطن -كمثال- الذى يوفر الأمن والأمان والعمل وكافة الضمانات لا شك أنه مع تكرار مثل هذا السلوك تتكون العاطفة والولاء تجاه الوطن. والخلاصة أن الانفعال حالة ثائرة عابرة طارئة أما العاطفة فهى استعداد كامن ثابت نسبيا ومركب من عدة انفعالات تدور حول موضوع معين، وعلى هذا يكون الحب والكره والغيرة من العواطف لا من الانفعالات، وحين تثار العاطفة تنبثق الانفعالات المكونة لها، هادئة أو عنيفة، حسب المواقف والظروف (أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٥٤).

٣- الانفعال والحالة المزاجية:

كثيرا ما يخلط البعض بين الانفعال والمزاج **Mood**، فالمزاج حالة انفعالية معتدلة نسبيا تغشى الفرد فترة من الزمن أو تعاوده بين حين وآخر أى أنها حالة مؤقتة قد تصطبغ بالمرح أو الاكتئاب بالسعادة أو الحزن، وإذا استثير الفرد فى أثنائها انطلق الانفعال الغالب على الحالة عنيفا، كما أنها تجذب الافكار التى تنسجم معها فالمكتئب تراوده أفكار الاكتئاب.

والخلاصة أن الحالة المزاجية أقل عنفا وأطول بقاء من الانفعال.

(أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٥٤)

والخلاصة أنه على الرغم من وجود تداخل بين الانفعالات وبعض المفاهيم الأخرى (والتى سبقت الإشارة إلى بعضها) إلا أن الشىء الواضح أن الانفعال حالة تظل فريدة وخاصة ومتميزة عن باقى الحالات الأخرى.

مظاهر الانفعال:

لكى يستثار الانفعال لا بد أن يرافقه مجموعتان من المظاهر هما:-

أ- المظاهر الفسيولوجية - المصاحبة للانفعال:

حيث تركز الدراسات على التغيرات الفسيولوجية والجسمية التى تصاحب انفعالا ما.. ومن أشهر الدراسات في هذا الصدد دراسة كانون

Canon والذى أجرى تجاربه على انفعالات الغضب من خلال إدخاله كلبا فجأة على قطة وهى تتناول طعامها وقد سجل أهم التغيرات الفسيولوجية والجسمية التى رافقت انفعال الغضب والتى تمثلت فى:-

- توقف المعدة عن القيام بعملية الهضم.
- ارتفاع ضغط الدم.
- زيادة عدد ضربات القلب.
- زيادة إفراز هرمون الأدرينالين في الدم.
- زيارة كمية السكر في الدم.

وأن التجارب التى أجريت فيما بعد قد توصلت إلى أن الحالات الداخلية المصاحبة للانفعال تختلف في حدتها وشدتها من انفعال إلى آخر:

(Myers, D (1993)

إضافة إلى المظاهر الآتية:-

- تغير نظام عملية التنفس.
- تغير في كيمياء الدم.
- جفاف الحلق والفم.
- إن الانفعالات تسهل مرور التيار الكهربائى في الجسم وتم قياس ذلك من خلال استجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر Galvnic skin Reaction .

(Tavris. c, 1989)

ب- المظاهر الخارجية للانفعال:

وقد أجريت العديد من التجارب والدراسات في هذا الصدد. ولعل من أهم (المحكات) الخارجية للانفعال:

(أ) ملامح الوجه:

يعد الوجه أهم منطقة لإصدار تعبيرات غير لفظية ورغم أن تعبيرات الوجه تعتمد على أساس فطرى لدى الإنسان إلا أنها تتشكل وفقا للثقافات

المختلفة. ونادرًا ما تستخدم تعبيرات الوجه في الحيوانات الادنى مرتبة حتى القردة العليا في جماعات.

ويتعلم الإنسان كيف يتحكم في تعبيرات وجهه أو كيف يعبر عن نفسه من خلال تعبيرات وجهه ورغم أننا نستطيع بقدر من التدريب أو الألفة بالشخص أن ندرك معنى تعبيرات وجهه التى يقصد إلى إرسالها لنا، أو تصدر عنه دون قصد منه.

وقد اتضح من خلال التحليل الإحصائى وجود سبع فئات للتعبيرات الانفعالية (كما تنعكس في الوجه) وهى:

السعادة، المفاجأة، الخوف، الحزن، الغضب، القرف (أو الاشمئزاز)، الاهتمام (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٧٢-٤٧٣).

وقد اتضح أيضا أن إثارة الانفعالات تنعكس على صفحة الوجه، وقد أورد Myers وزملاؤه العديد من صور الوجه تلك الصور التى التقطت لتوضح: كم الانفعالات، والأشكال المتعددة التى يأخذها الوجه حال تعرضه لانفعال معين.

والجوانب المختلفة التى يأخذها الوجه حين يشعر بالخوف، بالغضب، بالمفاجأة، بالحزن... الخ. (Myers. D, 1995, 438-444)

ومؤكدين أيضا على الجوانب الآتية:-

- إن هذه الانفعالات تظهر لدى الاطفال الرضع.
- إن هذه الانفعالات تختلف من ثقافة إلى أخرى (من حيث الكم لا الكيف).
- إن هناك جوانب مشتركة في أى انفعال. فالغضب واحد وإن اختلف التعبير عنه.
- إن الجوانب الثقافية - المعرفية (قد) تلعب دورا في توجيه الانفعالات.

(Tavris, c 1989, pp:213-219)

ب- التعبير بنظرة العين:

حيث أوضحت نتائج بعض الدراسات التجريبية أن هناك لغة للعيون

يمكن أن تعبر عن انفعالات الأفراد واتجاهاتهم نحو الآخرين. فالأشخاص الذين ينظرون مدة أطول إلى من يحبون أو يفضلون أثناء الحديث معهم، وقد تميزت الإناث بإطالة تبادل النظر أكثر مع بعضهم البعض أكثر مما يفعل الذكور، وتميز الذكور بأنهم أقل نظرا أثناء الاستماع لمن لا يفضلون.

ويلعب حجم اتساع العين دورا هاما في إرسال الإشارات بالعين إلى الآخرين لهذا تحاول السيدات توسيعه بالبلادونا لزيادة جاذبيتهم، كما تبين اتساع إنسان العين لدى الذكور عندما عرض عليهم صور الإناث الجميلات وأن الدراسات قد أوضحت تغيرا في إنسان العين، وفقا للحالة الانفعالية.

(عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٧٧-٤٧٨)

وظائف الانفعالات؟

هل الانفعالات لها وظائف، وإذا كان لها وظائف فماذا يحدث إذا كفت عن أداء وظائفها؟

يمكن تحديد وظائف الانفعالات في:

١- للانفعالات وظيفة هامة في عملية الدافعية وتحريك السلوك الذى ينشأ عن وعى الفرد بانفعال معين دون غيره. فكل انفعال من الانفعالات ينشط بدائل متعددة من الانفعال والسلوك تساعد على زيادة قدرة الإنسان على التكيف مع المواقف المختلفة.

٢- تؤثر الانفعالات على العمليات المعرفية وعلى التنظيم المعرفى للفرد بوجه عام. فالانفعال محدد هام للانتباه الانتقائى وبالتالى يؤثر على ما ندركه أو ما لا ندركه وعلى مدى دقة ذلك الإدراك.

٣- الانفعالات تقوى أشكال التفاعل القائمة بين الأفراد وهى تهمل قيام العلاقات الاجتماعية، وعملية التواصل بين الأشخاص، وأن ابتسامة الطفل في وجه الأم -كمثال- تزيد من أشكال التفاعل الإيجابى لدى الأم. (ممدوحة سلامة، ٢٠٠٠، ٢٤٠)

جوانب الانفعال:

إن تحليل أى انفعال من الانفعالات (كالحب أو الغضب مثلا) سوف

تجعلنا نرى أنه يتألف من جوانب ثلاثة يمكن ملاحظتها، بل ودراستها دراسة علمية وهى:-

١- جانب شعورى ذاتى:

حيث يشعر الشخص المنفعل وحده ويختلف شعوره (بالتالى) من انفعال إلى آخر، وهذا الشعور بالانفعال يمكن دراسته عن طريق التأمل الباطنى أو الاستبطان (أي ما يقرره الشخص المنفعل مصداقا للمثل الشعبى: لا يشعر بالنار إلا اللى ماسكها).

٢- جانب خارجى ظاهر:

ويشمل مختلف التعبيرات والحركات والأوضاع والألفاظ والإيماءات التى تصدر من الشخص المنفعل كالأيتام، الضحك، الصراخ، التنهد، التجهم... إلخ.

٣- جانب فسيولوجى داخلى:

ونقصد بها كافة التغيرات الفسيولوجية التى تحدث داخل الفرد مثل: اضطراب إفراز الغدد الصماء، تغير النشاط الكهربائى فى المخ، تغير ضغط الدم.... إلخ. (إبراهيم وجيه وآخرون، ١٩٩٩، ٣٣٤-٣٣٥).

بعض النظريات التى حاولت تفسير الانفعالات:

ومن هذه النظريات:

١- النظرية الفسيولوجية الحشوية:

هذه النظرية قال بها جيمس - لانج **James-Lang** وتؤكد هذه النظرية على أن مصدر الانفعال يؤدى إلى الاضطرابات الفسيولوجية الحشوية، ومن مجموع الإحساس بهذه التغيرات الداخلية ينتج الشعور بالانفعال أى أن الإحساس الحشوى الجسمى يسبق الإحساس الانفعالى.

(أحمد عكاشة، ١٩٧٥، ١٦٥، ١٦٦)

ويلخص «جيمس» نظريته بقوله: إن طريقتنا الطبيعية في تناول هذه

الانفعالات الغريبة تملى علينا أن الإدراك العقلى لواقعة معينة يهيج الوجدان العقلى المسمى بالانفعال، وأن هذه الحالة العقلية تؤدى إلى ما نراه من تغيير جسدى.. فالمثير ينبه أحد أعضاء الحس ومن ثم تنطلق تيارات كهربائية صاعدة. القشرة الدماغية تبعا لذلك الإدراك تيارات أخرى تنبه الأحشاء والأوعية الدموية والعضلات فيصيب هذه الأخيرة الاضطراب فتنطلق منها تيارات عصبية عائدة إلى القشرة الدماغية، فإذا ما استثيرت تلك الأخيرة بهذا الرجع العصبى شعرنا بما نسميه الانفعالات. (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ٥٦).

ويحاول أبو النيل أن يلخص نظرية جيمى - لانج في هذه المعادلة:

Stimulus = physicological = Emotional

أى أن المثيرات (سواء أكانت داخلية أم خارجية) تثير الحالات الفسيونفسية والتى تؤدى بدورها إلى ما يسمى بالانفعال.

(محمود أبو النيل، ١٩٨٤، ٥٥)

وقد وجهت العديد من الانتقادات إلى هذه النظرية منها:-

١- إن جميع الاضطرابات العضوية التى يقال إنها سبب الشعور بالانفعال توجد فرادى أو مجتمعة في حالات ليست لها طبيعة انفعالية، فنحن نرتجف ونشجب وجوهنا في حالة الخوف دون أن يكون لذلك تأثير انفعالى.

٢- إن التغيرات الفسيولوجية تحدث في انفعالات يختلف بعضها عن بعض اختلافا كبيرا كالحزن والفرح.

٣- أجريت العديد من التجارب على الحيوانات كالقطط حيث قطعت فيها الاتصالات العصبية بين المخ والأحشاء، ومع ذلك استمر الحيوان يبدى مظاهر الغضب والحركات المعبرة عنه .. ومن هذه التجارب يتضح لنا أن الاضطراب العضوى وإن كان يهيئ الفرد لانفعال معين إلا أنه ليس شرطا ضروريا كافيا للشعور والسلوك الانفعالى.

(إبراهيم وجيه وآخرون، ١٩٩٩، ٣٤٢-٣٤٣)

النظرية الثلاموسية أو المهدية:

وهى النظرية التى قدمها كانون Cannon والتى يرى البعض أنها قد نسخت من نظرية «جيمس - لانج» والمسماه بالمهاد البصرى وتفترض هذه النظرية أن المهاد هو المركز الاستراتيجى للعمليات العصبية التى تخدم الانفعالات، فالإحساسات المختلفة من الجسم تصل من خلال مسارات الإحساس الصاعدة إلى المهاد، وهنا يصدر نوعان من التيارات العصبية أحدهما لقشرة المخ للشعور بالانفعال والآخر للمهاد تتغذى مجموعات الخلايا المهادية للعضلات والاحشاء والغدد التى تعطينا التعبير الجسدى للانفعال (أحمد عكاشة ١٩٧٥، ١٦١).

أى أن التغيرات العضوية والمشاعر الانفعالية يحدثان في نفس الوقت على حين أكدت نظرية جيمس بأنه لا بد من مرور وقت يطول إلى عدة ثوان بين حدوث الاضطرابات الحشوية والشعور بالانفعال وهو ما يخالف الواقع (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ٦٢).

وقد تعرضت هذه النظرية إلى النقد من جانب بعض علماء النفس وخاصة فيما يتعلق بإشراف منطقة الهيبوثلاموس على الشعور بالانفعال، مع أن هذه النظرية وغيرها من نظريات سبقتها لم تحل مشكلة تفسير الانفعال إلا أنها ألقت كثير من الضوء على الفسيولوجية المتضمنة في الانفعال.

الانفعالات من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسى:

أسهمت نظرة التحليل النفسى في إبراز العديد من الجوانب في الانفعالات مثل البحث في مصدر الانفعال وطاقته، فعندما بدأ فرويد بحوثه في الأمراض النفسية اكتشف في البداية أن الأعراض العصابية إنما تنتج عن شحنات انفعالية حبيسة اتخذت مسارات شاذة للتعبير عن نفسها، واستطاع أن يكشف عن أصل تلك الانفعالات فى مواقف قديمة تصل في قمتها إلى مراحل الطفولة المبكرة حيث أثيرت إبان فترة الطفولة المبكرة العديد من المشاعر المتصارعة مما أدى بالطفل إلى كبتها، لكن الكبت لا ينهى عليها بل يجعلها تحاول الفكاك منه فلا تجد سبيلا لذلك إلا فى الأعراض،

ومن تفحص تلك الخبرات وجد أنها جميعا تتصل باستثارات جنسية لم تجد في الطفولة مجالا للتنفيس والإشباع وصاغ فرويد هذا الأمر فى أن الطاقة الجنسية التى أطلق عليها تعبير: الليبيدو **Libido** عندما تعاق عن بلوغ هدفها تتحول إلى شحنة انفعالية تبغى وتهدف إلى الانطلاق والعتق والتصرف وتتحين الفرص للانطلاق.

ثم تحول (فرويد) إلى أصل تلك الطاقة الليبيديه فتبين له أنه عند ولادة الطفل يستثمر هذه الطاقة في جسمه أولا وتتخذ من جسده أول موضوع لها. وقد أسمى الليبيدو في مرحلة المهد: بالليبيدو الزجى **Narcis-sistc**، ومع التقدم، في العمر، ومن خلال الاحتكاك بالواقع يظهر الليبيدو الموضوعى **object libido** والذى يعنى أن كل استثمار للطاقة الليبيدية في العالم إنما تعنى نقصان الليبيدو الزجى وعشق الذات.

إلا أن تحول الليبيدو من (الزجية إلى الموضوعية) قد يقابله العديد من العقبات والإحباطات. ومن هنا قد ينطلق الليبيدو الزجى (لأن الأصل والأساس فقيل إن عشق الآخر لا بد أنه عشق ذاتى) بطريقة مخفاه واشباعا له بأسلوب تخييلى **Fantastic** وتصويرا لحالة الحرمان القديم بشكل مفاجىء غامض وقد أثارت هذه النظرية العديد من التساؤلات مثل:-

١- هل يؤدى تطور الليبيدو من الزجية إلى الموضوعية إلى حدوث تغير فى إدراك الواقع؟

٢- هل تعد مثيرات الانفعال إذاً مجرد بدائل لأمور أصيلة في الذات أثارت المشاعر ولكنها لم تسمح لها بالانصراف؟

٣- ما هى طبيعة مثيرات الانفعال عندما ينفعل الشخص وما هو تقديره لها؟ (أحمد فائق ١٩٨٤، ٣٣٩ - ٣٤٢).

٤- نظرية الجشطلت في الانفعال:

وتتميز هذه النظرية في كشفها العلاقة بين الإنسان المنفعل وسبب الانفعال، وأهم من ذلك كشفها عن الدور الشخصى الذى يلعبه الإنسان المنفعل في انفعاله، ولتوضيح الأمر نفترض أنه قد أتى لشخص برقية تحمل

أخبارا سارة، نجد أنه أثناء القراءة تتخلل وجهه أسارير فرح وقد يميل إلى تقبيل البرقية أو الأشخاص المحيطين.

أى أننا يمكن أن نكتشف هذه الأمور:-

أ- إنه تغير قد طرأ على الشخص فأصبح في غير ما كان عليه.

ب- إنه تغير قد حدث للعالم أيضا فأصبح ليس ما كان عليه.

جـ- إنه تغير يريد الشخص أن يفرضه على العالم حتى لا يظل على ما كان عليه.

د- إنه تغير قد أحدثه العالم في الشخص فلم يعد كما كان عليه إلى أن الشخص (المنفعل) يحاول في لحظة تغيير العالم واستجابته لتغيير العالم له. وأن الأمر ليس اعتقادا سحريا يؤدى إلى انهيار الحد الفاصل بين الذات والعالم، وليس انهيارا لتلك الحدود ويؤدى إلى حدوث الاعتقاد السحرى في الانفعال، أنه الأمران معا وحدة جشطالتية، وأن الانفعال لدى الجشطالتيين هو موقف كلى من العالم (أحمد فائق، ١٩٨٤، ٣٣٧-٣٣٩).

طرق قياس الانفعالات:

تقاس الانفعالات بعدة طرق منها:-

١- استجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر Galvanic skin reaction:

إذ يمسك الفرد أسلاك هذا الجهاز الحساس بيده، وتكمل الدائرة الكهربائية بسلك آخر يمسكه بيده الأخرى. فيتذبذب مؤشر الجهاز مبينا مدى الحالة الانفعالية للفرد.

وفكرة الجهاز قائمة على مثوله مؤداها أن الجلد متصل بنشاط غدة العرق ولذا فإن الجلد يعكس - بسهولة - تامة - أى تغيرات يمكن أن تحدث من خلال تعرض الفرد لهذا الجهاز.

٢- جهاز كشف الكذب:

وهو جهاز يسمى البولى جراف **Polygraph** (أى متعدد الكتابات) ويسجل أى تغيرات قد تحدث في النبض، وضغط الدم، والعرق، واستجابة

الجلد للتذبذب الكهربى، وهذا الجهاز يسجل للفرد وفى مرتين مختلفتين (ما قبل التجربة) و (بعد التجربة) حتى تتمكن من إجراء المقارنات اللازمة لذلك.

ويفترض أن شعور المفحوص بارتكاب ذنب ما سيظهر في زيادة الاستجابات الفسيولوجية عند إجابته على الأسئلة الحرجة. بيد أن المشكلة أن الشخص (البرئ) قد يصاب بالاضطرابات حين يدخل إلى المعمل لإجراء التجارب عليه بواسطة هذا الجهاز، وبالفعل تنقل الاضطرابات وتظهر أن لها دلالة ومعنى وفقا لقراءة هذا الجهاز، أو قد يحدث العكس حين يتمكن شخص محترف من (الكذب على جهاز كشف الكذب) ولعل بعض المسلسلات التى عرضها التليفزيون المصرى وبعض أفلام الجاسوسية (مثل فيلم إعدام ميت) قد أظهر هذه الحقيقة، ذلك لأن الشخص الذى تم (تدريبه) على العمل في (الجاسوسية) يعلم أن من ضمن الحيل التى يلجأ إليها (أصحاب الطرف الآخر - المُعادى) هو وضعه على جهاز كشف الكذب ويستعد لذلك بأن يتدرب هذا التدريب يقلل من كمية القلق بل ويجعل الشخص قادرا على التحكم في انفعالاته وما يرتبط بها من تغيرات.

٣- جهاز لكشف الكذب عن طريق الصوت:

وهو جهاز حديث تم تطويره ويقوم بقياس بعض التغييرات التى تحدث في صوت الأشخاص والذى لا يتم التقاطها، بالأذن العادية... ولعل (الرعشة) الخفيفة التى تنتقل إلى الاحبال الصوتية يتم كفها عن طريق نشاط الجهاز العصبى الذاتى حين يكون المتكلم تحت ضغط وهذا الجهاز يطلق عليه جهاز تحليل الصوت عند الضغط أو عند التعرض للضغط Voice stress analyses وبالجهاد شريط ورقى تسجل عليه رسما تخطيطيا لصوت المفحوص حين يكون مسترخيا (بدون توتر) ثم يتم تعريض الفرد للتوتر، ويتم التسجيل، وتفيد المقارنة فى الحالتين في التعرف على مقدار: صدق أو كذب الشخص من خلال تحليل الرسم (ممدوحة سلامة، ٢٠٠٠، ٢٤٦).

٤- اختبار التداعى الحر:

عرف علماء النفس منذ مدة طويلة أن الشخص الذى يعانى انفعالا

قويا يظهر ذلك في سلوكه بشكل أو بآخر وطريقة التداعى الحر من الطرق الكلاسيكية لمعرفة طبيعة انفعالات الفرد حيث يطلب منه فيها أن يرد بأول كلمة تخطر على باله من منبهات لفظية معينة بأسرع ما يمكن على أساس أن الكلمات التى تحمل شحنات انفعالية شديدة تظهر في استجاباته بطرق مختلفة.

ولعل يونج يعد من أشهر من استخدم تكنيك التداعى في هذا الأمر، ولذا قد قام بإعداد قائمة موحدة بالكلمات المنبهة التى يقدمها لمرضاه. ووجد أن المشاكل الانفعالية لكل شخص تتكشف تبعا لنوع إجابته على هذه الكلمات أو كذلك تبعا لمتغيرات أخرى منها المدة اللازمة للإجابة والتلعثم، وعدم الإجابة وتغير تعبيرات الوجه، وتكرار استجابات طريقة، وتكرار نفس الاستجابة ... الخ (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٥٥-٢٥٦).

الانفعالات والاضطرابات النفسية والعقلية:

١- الانفعال والجسد:

تلعب الانفعالات أدوارا كبرى فى إثارة الحالة العضوية. من ذلك أنه «قد دلت التجارب الاكلينيكية في ميدان الطب النفسى على أنه إذا ما قامت في سبيل التنفيس عن الانفعال عوائق صادرة من البيئة، ومن عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا يقوم في النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعام من الخطر الذى يهددها عندما تضع رأسها بين قوائمها فلا تراه. وبعبارة أخرى فإن في طبيعة الإنسان ميلا إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن يمنع موضوعه من الظهور في حيز الشعور ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سببا في اضطرابات دائمة في الوظائف العضوية» (مصطفى زيور، ١٩٨٤، ٢٤٨).

ويفسر ما سبق عادل صادق بأن: الضغوط ترهق النفس، والنفس حين تنؤ بحملها يشاركها الجسد. فالجسد قد يتفاعل مع الضغوط فيصيبه الاضطراب المؤقت أو الدائم. وقد يعانى الإنسان من أعراض مختلفة قد تستمر دون أن تعرف لها سببا كالقىء والغثيان والدوخة وطنين الأذن وآلام البطن أو الظهر أو الصداع.. إلخ.

وقد يصاب الإنسان بأزمة صحية حادة كالذبحة الصدرية أو جلطة في أحد شرايين القلب أو المخ أو قد يصاب بشكل مفاجىء بمرض السكر أو حدوث تسمم في الغدة الدرقية أو حدوث ارتفاع في ضغط الدم.. وبالسؤال الدقيق نجد أن هذا الإنسان قد تعرض قبل بدء هذه الأعراض والأزمات الصحية الجسدية إلى ضغوط هائلة وأحداث مؤلمة وموجعة في حياته أخلت بتوازنه واستلزمت منه جهدا وسببت له اجهادا لإعادة التكيف.. فإذا كانت الضغوط بسيطة يمكن أن يتكيف معها، وإذا كانت ضغوط هائلة ويصعب التعامل معها وإزالتها في حينها فهى تسبب إعاقة وألما ومعاناة. والطبيب الواعى هو الذى يهتم بصحة مريضه النفسية والعضوية معا وهو الذى يهتم بصحة مريضه كوحدة واحدة كإنسان.

كما يشير بأنه لا يمكن فصل النفس عن الجسد، ولا يمكن فصل الواقع النفسى والحياة الوجدانية الذهنية للإنسان عن التفاعلات التى تتم داخل خلايا أعضاء الجسم. فالمعدة تتأثر بالحزن والقلب يتأثر بالقلق، والشرايين تطبق وتزداد سرعة التجلط للضغوط (عادل صادق ١٩٩١، ٥٨).

وكل ما سبق أدى إلى نشأة ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض النفسفسيولوجية والتى تتميز بوجود أعراض جسمية نتيجة لعوامل انفعالية وتمثل عضوا واحدا من الاعضاء التى تغذيها أعصاب الجهاز (الانونومى) وتتضمن المظاهر الفسيولوجية تلك المتغيرات التى تصاحب عادة الحالات الانفعالية إلا أن التغيرات في الحالات النفس فسيولوجية تكون أكثر شدة وأطول بقاء وقد لا يكون الشخص راعيا بحالته الانفعالية (محمد أحمد صديق، ١٩٩٩، ٢٠-٢٢).

أو أنها عن أسباب نفسية لها دور كبير في حدوث الأمراض السيكوسوماتية التى تظهر في صورة آلام واضطرابات جسمية، فقد سبب الضغط الانفعالى الملح والصراع النفسى فسادا في نظام الضبط والاتزان الهرمونى أو تمزقا في أجزاء معينة من الجسم فإذا كانت الضغوط مزمنة فإن الرئتين يحدث لها تشنجات ويبدأ الجهاز الدورى فى التوتر وقد تبدأ

المعدة في هضم نفسها.. إضافة إلى حدوث العديد من الاضطرابات الجسدية وهنا يبدأ الشخص رحلة (طويلة) مع الاطباء (العضويين) دون جدوى إلا أن اختفاء العرض يؤدى إلى ظهور أعراض أخرى في أعضاء جسمية أخرى مما يجعل الشخص يدخل في دائرة مفرغة ما لم تحل العوامل النفسية الكامنة خلف الأعراض وتنوعاتها (Gallatim, J, 1982, p:212-213).

٢- الانفعال والخوف:

يحدث للإنسان وكذلك الحيوان استعدادا عاما للخوف والابتعاد عن الاشياء والمواقف التى تؤلم الجسم وتؤذيه أو التى يتوقع منها الالم والأذى أو أى موقف يهدد بهذا الألم والأذى يشكل لدى الفرد خطرا أو مخافة.. وقد اختلف العلماء في تحديد عدد المثيرات الفطرية للخوف فمنهم من يقول إن الالم الجسمى هو المثير الفطرى الوحيد للخوف عند الإنسان وما عدا ذلك من مخاوف فهو مكتسب مشتق من طرق التعلم ولعل التجربة المأثورة التى أجراها واطن تبين لنا كيف يكتسب الطفل مخاوف جديدة شاذة عن طريق (الاقتران) اقتران شىء مخيف بآخر غير مخيف كما يمكن أن تحدث مخاوف شاذة وغير طبيعية (كالخوف من الصرصار أو الفأر أو الظلام أو الوحدة أو عبور الشوارع... الخ).

بل قد تبدو مظاهر الخوف عند بعض الناس في تجنب المغامرات والحرص والحذر الشديد. (أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٦٧-١٦٨).

ولعل الرابط بين خبرة سيئة أدت إلى انفعالات سيئة قد (ثبتت) في ذهن الفرد أن عليه أن لا يقترب من هذا الشىء حتى لا يعاوده نفس (الإحساس) المؤلم ومن هنا فإنه فى دراسة انفعالات الخوف قد اجتهدت كافة مدارس علم النفس في تفسيره، والأسباب التى تؤدى إلى حدوثه، وفى المقابل تم تأسيس استراتيجيات يتبعها المعالجون النفسيون لإزالة المخاوف والتى تعد -من ضمن أسبابها- أفكار غير عقلانية (يعتقد) في صحتها الشخص دون سند أو دليل من الواقع، مما يجعل الشخص يخشى (المغامرة) ويفضل (التجنب) هروبا مما قد يتعرض له من آلام (فى ذهنه هو) (محمد حسن غانم ٢٠٠١).

٣- الانفعال والقلق:

القلق هو أحد أشكال الانفعالات غير السارة، ولم يحسم العلماء قضية إمكانية اعتبار القلق (مرضا) في حد ذاته أم أنه يدخل في الأمراض والاضطرابات الأخرى، لأن الحقيقة أن كافة الاضطرابات الأخرى يكمن ورائها (بل المفجر الرئيسى لها) هو القلق.

والقلق: شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى والذى يأتى في نوبات تتكرر مع نفس الفرد مثل:-

- الشعور بالفراغ في فم المعدة.
- أو (الشعور بالسحبة أو الثقل) في الصدر.
- أو ضيق في التنفس.
- أو الشعور بنبضات القلب.
- أو الصداع المزمن.
- أو كثرة الحركة ... إلخ.

وهناك مجموعة من الفروق ما بين القلق والخوف تكون كالآتى:-

	القلق	الخوف
- السبب أو الموضوع	مجهول	معروف
- التهديد	داخلى	خارجى
- التعريف	غامض	محدد
- الصراع	موجود	غير موجودة
- المدة	مزمن	حادة

(أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ١٠٧-١٠٨)

ويتعرض الطفل في مراحل نموه إلى كثير من المواقف والخبرات التى تستثير فيه مشاعر القلق وتفرز فيه بذوره، فالقيود التى تفرض عليه بحكم

ضعفه وحاجاته للغير كشعره بهذا الضعف وأن النتيجة الحتمية لذلك هو شعور بالقيود وشعوره بأنه ليس حرا فى نفسه، وقد يكون هذا الشعور أكثر مما تحتمله ذاته فينمو الطفل مهددا بالعقاب الذى تفرضه عليه هذه القيود إذا خرج عليها (عبد الستار إبراهيم وآخرون ١٩٧٣، ٢٧٥-٢٧٦).

ولذلك يوجد العديد من الأساليب العلاجية التى يجب أن تتبع لتدريب الشخص على كيفية التخلص من (قلق) المرض. وإكساب الشخص العديد من أساليب (المهارات الاجتماعية) لكى يتعامل (بكفاءة) و (توافق) مع ذاته ومع الآخرين.

(Liberman. R., Derisi. w& Musedserk, 1989) Lavren, Betal, 1999, pp :148-195).

والخلاصة إن انفعال القلق هو أحد الانفعالات التى تستثار.

٤- الانفعال والغضب:

قد يكون الغضب في حد ذاته انفعالا مستقلا، حيث يعبر الشخص عن عدم موافقته من موقف معين، أو من شخص ما. وهنا تنتاب الشخص العديد من الانفعالات التى (يضطرب) لها كافة أجهزة الجسم، وتكون علاماتها بارزة وواضحة على وجه الآخر، وتتضح من خلال خلجات الصوت، وتوتر عضلات اليد، ولذا يربط البعض بين انفعالات الغضب والعدوان، وتوصلت العديد من الدراسات التى تناولت (المجرمين) أرباب السوابق.. إن البداية كانت انفعال غضب، وأن الفعل قد توقف عن التقليد (لثوانى) وأنه في خلال هذا التوقف قد (قرر مصادفة) القيام بفعل (ضد) الطرف الذى أهانه أو أغضبه فقتله، ولم يستشرف (لأن عقله قد توقف) التداعيات التى من الممكن أن يحدثها هذا الفعل الإجرامى.

(Tayis, C 1989, : 55-91)

والعديد من التجارب التى أجريت على الإنسان بل والحيوانات قد أكدت اقتران انفعال الغضب بالعدوان مع الأخذ في الاعتبار إمكانية تعدد أشكال العدوان تجاه (الطرف) الذى أحدث الإحباط للشخص.

(Darwin, C, 1985)

والواقع أن الغضب والانفعالات المصاحبة له تعود بالإنسان فى كثير من الحالات إلى مستوى بدائى في حكمه على واقعة، أى إننا نفعل عندما نكون في حالة إحباط ونجد أن رغباتنا قد أصبحت في خطر، ويستثار انفعالنا عن طريق الرده أو النكوص Regrassion إلى نمط سابق من الاستجابة للاحباط على الاستجابة الطفلية، والواقع أن هناك حدا أو مستوى معينا في الإحباط إذا تعداه التوتر أدى إلى أشكال من الأثر على السلوك مختلفة في نوعيتها، يسمى هذا المستوى: بعتبة الإحباط. وقد يعانى الشخص درجة عالية ومستديمة من الإحباط والصراع دون أن تبدو عليه علامات الاضطراب، ربما يستمر في الكفاح من أجل الهدف أو البحث عن طرق جديدة أو أهداف بديلة ويحاول الوصول إلى اختبار واقعى رشيد ولكنه عندما يطرد ازدياد التوتر فقد يغدو منهاجا بأشد مما يجب ويضطرب انفعاليا بحيث لا يطبق معالجة المشكلة والموقن بوسائل بنائه وعندئذ نقول إنه قد تعدى حد احتماله للإحباط (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٦٤).

٥- الانفعالات والاضطرابات العقلية:

ترتبط صحة الإنسان النفسية والعقلية بل وسواء سلوكه من خلال (سواء) انفعالاته ونضجها وأن تكون مناسبة للحدث أو الموقف، وأنه مع انتهاء الموقف المفروض ان تتغير الانفعالات، كما ان استمرار الانفعالات بصورة أكثر حدة (سواء أكانت انفعالات سارة أو مؤلمة جدا) تقود إلى العديد من الاضطرابات.

إن اضطرابات الانفعال Emotion Disorder تقود إلى العديد من الاضطرابات. «ويقصد باضطراب الانفعال في الفرد عدم مناسبة الانفعال سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذى يعايشه الفرد.

وعلى هذا سوف نجد أنواعا عدة من اضطرابات الانفعال منها:

الاضطراب الهوسى:

وفيه يبدو الشخص مرحا متفائلاً سعيدا مرتفع الروح المعنوية، مقبلا على الحياة في استمتاع ونشاط زائدين، وهناك الاضطراب المناقض تماما والذى يعرف بحالة **الاكتئاب** وفيه يبدو الشخص حزينا، مهموما، كثير البكاء،

متشائما، بائسا من الحياة، أو معتقدا أنه لا يستحقها ويفكر جديا فى إنهائها، وقد ينتهى به الأمر بالفعل إلى الانتحار.

كما أن هناك عرضا آخر من اضطرابات الانفعال يتمثل في **عدم استقرار الانفعال** Emotion instalility، ويتمثل في ضعف سيطرة الشخص على انفعاله، بحيث يثير انفعاله - سواء السار أو الحزين - أضعف المثيرات، فإذا بالفرد يبكى وينتحب بشدة من مجرد مشاهدة رواية محزنة أو بفرح لدرجة تخرجه عن وقاره كذلك تعد **البلادة الانفعالية** Emotional Hebetude نوعا من اضطرابات الانفعال، وفى هذه الحالة تبدو انفعالات الشخص متبلدة إزاء ما يسمع أو يرى من أحداث سواء سارة أو محزنة حتى بالنسبة لأقرب المقربين إليه (فرج طه، ١٩٧٩، ٧١-٧٢).

وغنى عن البيان أن مرض الهوس والاكتئاب (الثنائى) أو كمرض في حد ذاته (مرض الهوس) و (مرض الاكتئاب) من الأمراض الذهانية والتى تشخص وفق محكات معينة، بل كثيرا ما تقتضى الأمور حجز الشخص في مستشفى لأن هذا الاضطراب يجعل الشخص خطرا على نفسه وعلى أقرب الاشخاص له ومن هنا لا بد من حجزه حماية لنفسه وللمجتمع من أخطار ردود أفعاله (اللامعقولة) وغير المتوقعة. (محمد حسن غانم ٢٠٠٢، ج٢).

فوائد الانفعالات:

الانفعالات إذا كانت معتدلة ومتوازنة تعود بالفرد بمجموعة من الفوائد نستطيع تلخيصها فى:-

١- تزيد الشحنة الوجدانية المصاحبة للانفعال من تحمل الفرد وتدفعه إلى مواصلة العمل وتحقيق أهدافه.

٢- للانفعال قيمة اجتماعية فالتعبيرات المصاحبة للانفعال تكون ذات قيمة تعبيرية تربط بين الأفراد وتزيد من فهمهم لبعضهم البعض.

٣- تعتبر الانفعالات مصدرا من مصادر السرور. فكل فرد يحتاج إلى درجة معينة منها إذا زادت اثرت على سلوكه وتفكيره، وإذا قلت اصابته بالملل.

٤- تهيىء الانفعالات الفرد للمقاومة من خلال تنبيه الجهاز العصبى اللاإرادى (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٩٢).

ونكتفى بهذا القدر من الحديث عن الانفعالات مع ضرورة الأخذ فى الاعتبار حقيقة أن الانفعالات تتطور وتتغير بتقدم الشخص في العمر وأن من أهم العوامل التى تؤثر فى الانفعالات عاملى: النضج (أى مدى تقدم الشخص في النمو) والتعلم (لأن الأحداث تتراكم مكونة ما يسمى بخبرة التعامل مع الأحداث، وأن المثل القائل: اللى يمشى يشوف أكثر) دلالة على تراكم الخبرات والاحداث فى نفس الشخص مما تجعله أكثر استعدادا للتحكم في انفعالاته (وإن اللى اتلسع من الشُربة ينفخ في الزبادى) دلالة على استفادة الشخص من (حدث صادم) وكيف أنه يحاول (تجنب) الدخول في (تجربة مماثلة) فيستعد لها بشحن العديد من الطاقة والجهد تجنبا لعدم تكرار الاحداث المؤلمة.

ولما كانت الانفعالات تستثار نتيجة للضغوط فسوف نتناول الضغوط فى الفصل القادم.



المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- إبراهيم وجيه، مصطفى الصفطى، أحمد شعبان، محمد المغربى (١٩٩٩) **مدخل فى علم النفس التعليمى**، الأسكندرية، مطبعة الجمهورية.

٢- أحمد عزت راجح (١٩٨٥): **أصول علم النفس**، القاهرة دار المعارف.

٣- أحمد عكاشة (١٩٧٥): **التشريح الوظيفى للنفس**، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الثالثة.

٤- أحمد عكاشة (١٩٩٢): **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥- أحمد فائق (١٩٨٤): **مدخل علم النفس**، القاهرة، مطبعة كومت للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الرابعة.

٦- سعد جلال (١٩٨٥): **المرجع في علم النفس**، القاهرة، دار الفكر العربى.

٧- عادل صادق (١٩٩١): كيف **تواجه ضغوط الحياة**، الكويت، مجلة العربى، عدد سبتمبر، رقم ٣٩٤، ص ص: ٥٥-٥٩.

٨- عبد الستار إبراهيم، محمد فرغلى فرج، سلوى الملا (١٩٧٣): **السلوك الإنسانى** - نظرة علمية، القاهرة دار الكتب الجامعية.

٩- عبد اللطيف خليفة، شاكر عبد الحميد، محمد نجيب، جمعة يوسف، معتز عبد الله، سعيد الغباشى، عبد الحليم محمود (١٩٩٠): **علم النفس العام**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ص ص: ٤٥٣-٤٩٦.

١٠- عبد المنعم الحفنى (١٩٧٥): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة، الجزء الأول، مكتبة مدبولى.

١١- فرج طه (١٩٧٩): **الشخصية ومبادئ علم النفس**، القاهرة، مكتبة الخانجى.

١٢- فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة، دار سعاد الصباح.

١٣- لطفى فطيم (١٩٧٩): **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠١): **حياتك بلا خوف**، القاهرة، كتاب اليوم الطبى، عدد أغسطس، اخبار اليوم.

١٥- محمد حسن غانم (٢٠١٠): **علم النفس الإكلينيكى - تشخيص الأمراض النفسية والعقلية**، القاهرة، المكتبة المصرية، الاسكندرية.

١٦- محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤): **الأمراض السيكوسوماتية**: دراسات عربية وعالمية القاهرة الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية الطبعة الثالثة، الجزء الثانى.

١٧- مصطفى زيور (١٩٧٥): مصطلح الانفعال فى: **معجم العلوم الاجتماعية**، إشراف إبراهيم مدكور، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٨- مصطفى زيور (١٩٨٤): في النفس. **بحوث مجمعة في التحليل النفسى**، القاهرة، دار النهضة العربية.

١٩- ممدوحة محمد سلامة (٢٠٠٠): مقدمة في علم النفس، القاهرة، دار النصر للتوزيع والنشر.

ثانيا: المراجع الاجنبية:

20- Carison, J & Hatfield, E (1991). Psychology of emotions. llolt, Rinehart, and winston.

21- Darwin, C (1985). the Expression of the emations in man and animals. Chicago University of Chicago press.

22- Gallatw, J (1982). *Abnormal psychology,* concepts, issues trends. New York. Mc Million Pullahing. Co. T.N.C.

23- Lauren. B., Nells. & John. A (1999) Abnormal psychology, current personality, Boston, McGraw- Hill.

24- Liberman, R., Drisiw. & Muesor, K (1989). Social Skills Training for psychiatric patients. New York: pergamon press.

25- Myers, D (1993) The pursuit of happiness. New York, Avon Books.

26- Meyrs, D (1995). psychology, worth publishers. New York.

27- Tarris,c (1989). Angeri the Misunderstood emation (revised edition) New York: Simon & Schuster.

28- The Corsine Encyclopedia of psychology and Behavioral Science (vol 2) (2001): Emotiones. New York: John wiley & sons, (3rd.ed) pp. 495-496.

الفصل الرابع

الضغوط النفسية والاضطرابات النفسجسدية



- تعريف الضغوط.
- الضغوط وما يرتبط بها من مفاهيم.
- أنواع الضغوط.
- مصادر الضغوط.
- الاستجابة للضغوط.
- الفروق بين الجنسين.
- مقدار تحمل الضغوط.
- الضغوط والسرطان.
- الضغوط والبيئة.
- الضغوط واللياقة النفسية.
- الضغوط والاكتئاب.
- علاج الضغوط.
- مراجع الفصل.

الضغوط النفسية

مقدمـــة:

أصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في كافة المجتمعات، لكن بدرجات متفاوتة. يحدد هذا التفاوت عدة عوامل من أهمها طبيعة المجتمعات، ودرجة تحضرها، وما يفرضه ذلك من شدة التفاعل والاعتماد المتبادل بين المؤسسات والأفراد، وندرة الموارد، وشدة الصراع للفوز بجانب من تلك الموارد والمزايا، وكذلك تعاظم سرعة معدل التغيير في تلك المجتمعات، وما تفرضه على نمط الحياة فيها لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث بعصر الضغوط. (عبد الحميد محمد علي وآخر، ٢٠٠٢، ١٠٠).

إلا أننا لا نتفق مع الرأي الذي يرى أن الضغوط ظاهرة حديثة، بل الأقرب إلى الصواب أن نذكر أن الضغوط ظاهرة وجدت مع وجود الإنسان على سطح الأرض ولازمته في حياته على الأرض، بالرغم من أن الدراسات الجادة لظاهرة الضغوط لم تدرس دراسة علمية جادة إلا في عام ١٩٥٠م حين انتبه عالم الكيمياء (هانز سيلاي) إلى أن استخدام قوة زائدة مع أي جهاز قد يؤدي إلى تعطيله أو تدميره، فربط بين الضغط الواقع على الآلة أو الجهاز، وبين رد الفعل الفسيولوجي للجسم البشري عند تعرضه لأحد المواقف المؤثرة، وأطلق على هذه الظاهرة مصطلحًا استعاره من ميدان الهندسة الميكانيكية هو ضغوط الحياة . (عماد نصير، ١٩٩٣، ٢)

بعبارة أخرى لم ينقطع حدوث الخبرات الصدمية **Trarmatic experi-ence** عبر القرون، وذلك مادامت الكوارث الطبيعية كالزلازل والأعاصير والبراكين تحدث، وكذلك الكوارث التي يصنعها البشر كالحروب والجرائم والعنف. ولاشك أن الناس قد لاحظوا منذ قرون الآثار النفسية الصدمية التي تنجم عن مثل هذه الأحداث غير العادية، ولاريب في أنهم لاحظوا أيضًا

ما ينتج عن مثل هذه الحوادث التي تقطع الإيقاع السوي للحياة العادية من أعراض نفسية شتى. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٥٧)

وكل ما سبق قد جعل الضغوط تحتل مكانتها في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الرابع (DSMIV, 1994)، كما وجدت العديد من الدراسات أن كافة أفراد العينة قد ذكروا ضرورة أنهم قد مروا على الأقل عبر حياتهم بحادث صدمي / ضاغط، وفي سن مبكرة، مما أدى إلى استنتاج أن التعرض للضغوط هو (قدر) الكائن الإنساني، وأن البشر يتعرضون للضغوط أكثر مما كان يتوقع الكثير من الباحثين. (Freejy & Donkeryo et, 1995, p. 3-28)

وقبل أن نمضي في التعرف على (حجم الضغوط) وأضرارها وغيرها من القضايا، سنشير أولاً إلى تعريف الضغوط .

تعريف الضغوط Stress:

قدمت العديد من المفاهيم الخاصة بالضغوط، وسوف نرى أولاً التفريعات التي قدمتها (الموسوعات والقواميس المتخصصة).

١- تعريف كورسيني:

هو حدث سواء داخلي أم خارجي يصيب الشخص بالإجهاد ويجعله أكثر عرضة للوقوع في قبضة الأمراض سواء النفسية أو النفسية الجسدية.

(Corsines, J, 1987, p. 1085)

٢- تعريف وليم الخولي:

في الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب النفسي يعرف الضغط بأنه: «حالة يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بدنية مستمرة أحادية ومعنوية وجسمية ونفسية، وتشكل هذه الصعوبات إجهادًا لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق. (وليم الخولي، ١٩٧٦، ٤٢٦)

٣- تعريف كمال الدسوقي في ذخيرة علم النفس:

حيث يؤكد على الاشتقاق اللغوي للكلمة، ويرى أنها كاسم حال، أو جهد جسمي، أو كفعل يعني التشديد في القول أو الكتابة، وقد يقتصر الاصطلاح

على مقدار الشدة والجهد الذي يقع على الأجهزة الجسمية، وقد يمتد إلى الأجهزة النفسية. (كمال الدسوقي، ١٩٩٠، pp. 1427-1428)

٤- تعريف شاكر قنديل في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:

حيث يعرف الضغوط بأنها عبارة عن عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه، وبدرجة توجد لديه إحساسًا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط، فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه، عما هو عليه إلى نمط جديد، وللضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد. والضغط النفسي حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته، أو حين يقع في موقف صراع حاد أو خطر شديد، ومصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ٤٤٥)

أما التعريفات التي قدمت في إطار الدراسات النفسية فقد قدم التعريف بما يتفق مع طبيعة الدراسة من ذلك التعريف الذي قدمه الباحث (والذي حاول من خلاله أن يحيط بكل جوانب الضغوط).

«الضغوط النفسية هي المعوقات التي تعترض الفرد، وتولد لديه حالة من القلق والتوتر، ويختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات، كما يختلفون أيضًا في طرق مواجهتها، وقليل من الضغوط مفيد ومنشط، أما الكثير منها والمستمر فقد تعجل بانهيار الفرد». (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٤٢)

الضغوط وما يرتبط بها من مفاهيم:

١- الكارثة Catastrophe:

ويعرفها البعض بأنها حادث شاذ وغير عادي، أو سلسلة من الأحداث الفجائية القاهرة أو المغرقة أو الغامرة **Overwhelming**، وكثيرًا ما تكون خطره على الفرد نفسه أو على الأشخاص الآخرين المهمين بالنسبة له. وهناك جوانب معينة ذات أهمية خاصة في خبرة الكارثة هي:

أ- الدور الذي قام به في الكارثة الفرد الذي بقي على قيد الحياة.

ب- درجة التهديد لحياة الفرد أو غيره ممن يهمونه.

جـ- التعرض لأمور غريبة .

د- التحذير الذي تلقاه الضحية.

وقد تكون الكارثة من صنع الطبيعة، أو قد تكون من كوارث من صنع البشر. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٤٢-٤٤)

٢-الصدمة Travma:

وهي عبارة عن حالة من الانفعال الزائد أصابت الفرد من جراء تعرضه لخبرة حديثة صادمة (أي فوق احتماله وتوقعاته)، وقد تنتج عنها إصابات وجروح إما جسدية أو نفسية، وقد تتدهور أموره العقلية والسلوكية تبعًا لذلك، ولذا لابد من (تعرضه) للعلاج النفسي تحديدًا .

(Klein, R & Schermer v, 2000, p.5)

٣-أحداث الحياة Life Events:

ويقصد بها كافة المواقف التي من الممكن أن يتعرض لها الأفراد عبر حياتهم اليومية سواء أكانت أحداث مؤلمة أم سارة. ولعل حصر هذه الأحداث بشقيها قد دفع البحوث خطوات بعيدة إلى الأمام من خلال (مسح الأحداث). (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٣٦ - ٣٨)

٤- حدث ضاغط أو اضطراب الضغوط الحاد Acvtestress Jisorder:

وقد حدد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV بأنه: تعرض الفرد لحادث ضاغط يتضمن ما يلي:

١- أن يواجه تهديدًا بالموت، أو يواجه أذى فعلي.

٢- أن تتضمن استجابة الفرد خوفًا شديدًا مع الشعور بالضعف والعجز والرعب وقلة الحيلة .

- وأن يشعر الفرد بثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية سواء أكانت أثناء تعرضه لخبرة الحدث الضاغط أو بعد تعرضه مثل:

أ- الإحساس بفقدان الإحساس (الخبرة).

ب- حدوث نقص في الوعي بمفردات البيئة .

جـ- هذا: يدور حول حدوث تغيرات في الكون .

د- اختلال الآنية (فقد الشخصية). (DS. M IV, 1994, P. 211)

أنواع الضغوط:

نستطيع أن نقسم بحوث الضغوط في فئتين هما:

أولاً: ضغوط طبيعية:

حيث لا دخل للإنسان فيها مثل الزلازل والعواصف، والسيول، والبراكين، وهنا يتوجه الشخص لهذا الضغط، وتتنابه تبعًا لذلك العديد من العوامل النفسية وأهمها مشاعر القلق والفزع والرعب، وكل ذلك اقتضى تخصص فرع يسمى علم الصدمة Travmatology ويقصد به الدراسات العلمية (وكذلك التطبيقية العملية) لكافة الآثار التي تترتب على تعرض الفرد لمثل هذه الأحداث الضاغطة، والمشكلة أن هذه (الآثار) لا تتوقف بمجرد تعرف الفرد للحدث، بل تمتد آثارها إلى ما بعد ذلك، وهنا كان هذا العلم يقوم بوظيفة التقييم للشخص، وتوجيهه إلى طريقة العلاج المناسبة للتخلص من بقايا الآثار النفسية (والجروح الغائرة) التي ترتبت على ذلك، وما إذا كان الفرد- من المناسب- أن يتم علاجه فرديًا أم جماعيًا، ويفضل العلاج الجماعي، ذلك لأن الزلازل والبراكين وغيرها من الأحداث الطبيعية الفاجعة تصيب العديد من الأشخاص؛ مما يقتضي الأمر التدخل - على وجه السرعة- للعلاج النفسي الجماعي. (Klein, R & Schermer v, 2000)

ثانياً: الضغوط الشخصية:

ونقصد بها كافة الأحداث التي تكون من صنع البشر مثل: الحروب، الاغتصاب، التعذيب، إضافة إلى العديد من الأحداث التي يتعرض لها الأفراد بصفة مستمرة مثل:

- **الضغوط الدراسية:** من قبيل:

- القسوة من المعلم في المدرسة.
- سخافة المناهج الدراسية .
- الفشل في الدراسة.
- الإهمال والنبذ من المدرسة .
- خلافات بين الطالب وزملائه في المدرسة .
- انعدام التركيز.
- عدم الحماس للدراسة أو للتعليم .
- الفصل من المدرسة أو الكلية. (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٢٨١)

- الضغوط الخاصة بالعمل مثل:

- البطالة .
- عدم الرضا من العمل .
- قلة الراتب العائد من العمل .
- العمل لا يتفق مع ميول الشخص.
- الإنذار بالفصل من العمل .
- الفصل من العمل .
- كثرة الأعباء والمسئوليات الملقاه على عاتقه في العمل.
- الدخول في مشاكل مع رئيسك في العمل .
- النقل لموقع عمل جديد.

الضغوط الخاصة بالزواج والعلاقة بالجنس الآخر مثل:

- الفشل في إقامة علاقات مع الجنس الآخر.
- أعباء الزواج وتكاليفه .
- المشاحنات مع الزوجة .
- حمل الزوجة .

- مرض أحد أبنائك .
- وفاة أحد أبنائك .
- طلاق الزوجة وتفكك الأسرة .
- وفاة زوجتك (أو زوجك) .
- الفشل في تحقيق انسجام عاطفي بينك وبين زوجتك (أو زوجك).
- عمل الزوجة (أو الزوج) خارج المنزل.
- توقف الزوجة (أو الزوج) عن العمل .
- إجهاض الزوجة .
- خيانة الزوجة (أو الزوج).
- قطع العلاقة مع المحبوب .
- ولادة طفل معوق.
- عدم الإنجاب (سواء أكان السبب من الزوج أو الزوجة).
- تدخل الأهل بين الزوجين.

الضغوط المالية:

- قلة الدخل بحيث لا يفي بالمتطلبات.
- الاستدانة .
- العجز عن تسديد القروض (أو الدين).
- التعرض لكارثة مالية .
- ضياع الثروة .
- الدخول في مشاريع فاشلة .
- كثرة المال وسهولة الحصول عليه .

ضغوط من قبل الأصدقاء مثل:

- عدم وجود أصدقاء تثق بهم .

- الفشل في إقامة علاقة بالآخرين.
- خيانة أحد الأصدقاء.
- وفاة صديق حميم .
- التعرض للاعتداء (اللفظي أو البدني) من الأصدقاء.
- الوقوع في مشاكل بسبب أخطاء الأصدقاء.
- استغلال الأصدقاء لي.

ضغوط مخالفة القانون مثل:

- الإدانة في انتهاك بسيط للقانون.
- السجن .
- التورط في مشاجرات .
- التعرض لحادث .
- الوقوع ضحية عمل إجرامي.
- السرقة من الآخرين.
- التزوير.
- ارتكاب الجرائم.

الضغوط النفسية:

- الملل.
- عدم وجود مجال لإشباع الرغبة .
- التعرض للنبذ والإهمال.
- الآخرون لا يقبلوني.
- الإصابة بمرض مزمن.
- انعدام ثقة الآخرين فيّ.
- فقدان المكانة داخل الأسرة .

- ينظر الآخرون لي باحتقار.
- مستقبلي غامض وغير آمن .
- لا يفهمني الآخرون.
- تبلد إحساسي.
- لا أستطيع الزواج .
- انعدام الإرادة .
- انعدام المبادئ والقيم.
- لا أفهم أنا نفسي ماذا أريد.
- التخلي عن أداء العبادات الدينية.
- التعرض للموت . (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٢٧٩-٢٨٤)؛ (محمد حسن غانم، ٢٠٠٩).

مصادر الضغوط:

إن مصادر الضغوط متنوعة ومتعددة، وسوف نعرض في عجالة لبعض الآراء:

- حيث يرى الحفني (١٩٩٢) أن أهم مصادر الضغوط يتلخص في ثلاثة مصادر هي: الإحباط **Frustration** والذي يحدث حين تحول عقبات ما (سواء داخلية أو خارجية) الفرد عن تحقيق رغباته، والصراع **Conflict** وهو أحد مصادر الضغوط، ويحدث عندما يكون على الفرد أن يختار ما بين هدفين أو دافعين أو أن لكل منهما قيمه، ثم الضغط **Presswre** وهو من أهم مصادر الضغوط وقد يكون داخليًا **Inner Pressure** مثل الطموحات والمثل العليا التي تدفع الإنسان أن يتحمل فوق طاقته وأن يرهق نفسه، وذلك إحساسًا منه بالمسئولية الاجتماعية، ومن ثم يضطر الشخص إلى تغيير نشاطه. (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٢، ٢٦٤ - ٢٦٦).

في حين يرى محمود أبو النيل (١٩٨٤) أن التقدم العلمي والتكنولوجي وعمليات التحضر تعد أحد مصادر الضغوط الهامة حيث تلعب دورًا هامًا في زيادة نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجتمع، وأن نسبتها تزيد خمس مرات في المجتمعات المتقدمة بالمقارنة بالمجتمعات الأقل تقدمًا، وأن

ضغط الدم لدى زنوج أمريكا وأفريقيا لا يرجع إلى السلالة، وإنما يرجع لطبيعة الحضارة، ويرى أن المرض والمراكز العليا قد تكون مصدرًا للضغوط على أصحابها نظرًا لما تفرضه من مسئوليات، وأن الظروف التي يمر بها المجتمع كالبطالة تمثل مصدرًا للضغوط على أفراده، ويستشهد على ذلك بأن (قرحة المعدة) و(الوهن العصبي) و(التهاب المعدة) قد زادت في اسكتلندا فى الفترة من أعوام (٣١-١٩٣٩) نتيجة لارتفاع معدل البطالة في تلك الفترة.

(محمود أبو النيل، ١٩٨٤، ٣١-٣٣)

في حين ترى مكنمارا **Mcnamara** أن المشكلة ليست في الضغوط، بل في إدراك الشخص لها و(تهويله) من شأنها، وفي هذا الصدد تقدم ثلاثة نماذج يمكن من خلالها تناول الضغوط ألا وهى:

النموذج البيئي:

والذي يتناول الضغوط باعتبارها عاملاً مستقلاً يأخذ في الظهور عندما تتضمن البيئة ما يسبب الإزعاج والضغوط للشخص. فالمثير الواحد يمكن أن (لا يدركه شخص أو يلفت نظره)، في حين أن شخص آخر (يعد نفس المثير) إجهادًا وإزعاجًا لا يطاق، وهنا تكمن المشكلة في (الشخص)، وليس في (مصدر الضغط) .

والنموذج النفسي:

حيث يتناول هذا النموذج كافة ما يعتمل داخل نفس الفرد من أفكار عقلانية أو غير عقلانية (مبالغ فيها) عن الشيء الذي يسبب له الضغط، وهنا نختلف كأفراد في مدى مرونتنا أو تقبلنا لأحداث الحياة. فقد يعتبر البعض أن موت شريك الحياة صدمة تهز أركان النفس في حين يعتبر البعض هذا الموت (حدث) ليس بهذا التضخيم والسوء خاصة إذا كان يعاني من مرض عضال.

والنموذج الطبي:

ونعني به انعكاس (المشقة النفسية) في صورة أمراض عضوية تصيب

الشخص، وأن الاقتصار فقط على التعامل مع هذه الأعراض (دون أخذ الأسباب النفسية في الاعتبار) لا يفيد . (Mcnamara, 2000)

ومن ثم فقد وضع العلماء جداول تسمى: جداول الخبرات يتم من خلالها تقييم الشخص لدرجة تعرضه للضغوط، وأن الدرجات يتم تحويلها إلى أوزان معيارية، وأن كل فرد له درجة معينة من التحمل، ولعل النموذج الذي قدمه هولمز وراهي Holmes & Rahe خير نموذج لذلك حيث اعتبرا أن إحداث أي تغيير في حياة الفرد ، بغض النظر عن نوع هذا الحدث سواء أكان سارًا (مثل الزواج) أو مؤلمًا (مثل المرض أو الوفاة) يمثل ضغطًا لدى الفرد . (Neale, J. et al, 1996, p. 191)

الاستجابة للضغوط:

إذا حدث الضغط وتعرض له الفرد، وما هي طبيعة الاستجابات المفترض أن تصدر من الفرد، وهل بالإمكان الحديث عن (استجابات موحدة أم أن المجال ينفتح لما لا حصر له ولا عد من الاستجابات)؟

واقع الأمر أن هناك فروقًا فردية، ليست فقط بين شخص وآخرين في استجابة الشخص الواحد إذا تكرر الموقف الضاغط في مرتين مختلفتين، ذلك لأن الشخص يكون قد اكتسب الخبرة لكي يتعامل مع (تكرار نفس الموقف) بدون مشاكل أو بآلام أقل . Belton, N. (1998, p. 32)

ولذلك يمكن حصر أنواع الاستجابات (الأكثر شيوعًا في الفئات الآتية:

الفئة الأولى:

تحصر الاستجابات المتوقعة من الأفراد حين يواجهون ضغوطًا في خمس استجابات هي:

١- استجابات انفعالية Emotinal:

مثل الحزن والاكتئاب، اليأس، الرعب، عدم التصديق، (أو يعبر عنه البعض بقوله حين حدث ذلك، ولم أكن أتوقع حدوث شلل في تفكيري، ولم أعرف ماذا أفعل، أو يقول البعض: شعرت باهتزاز وأن الدنيا تدور بي، ولم أعرف ماذا أفعل).

٢- الاستجابات المعرفية Cognative:

مثل العجز عن الانتباه، وعدم التركيز والخوف المتزايد من فقدان السيطرة على النفس (أنا نفسي أخاف من نفسي، ولو كنت قد انتظرت في مكان الحدث لكنت قد ارتكبت جريمة).

٣- الاستجابات البيولوجية Biological:

مثل الشعور بالتعب، الدوخة، الأرق، الكوابيس، الصداع الزائد، اضطرابات النوم، أو اضطرابات الأكل .

٤- الاستجابات السلوكية Behavioral:

مثل: التجنب، والانسحاب الاجتماعي، وما يترتب على ذلك من مشاكل.

٥- الاستجابات الخاصة بالطباع Characterdogical:

حيث قد تصل الضغوط التالية للصدمة إلى أن يبالغ في الفعل كرد فعل، فالذي يعاني من ضغط ما قد يهرب إما إلى (الاستغراق في العمل بصورة مبالغ فيها)، أو أن الذي لديه (شك في بعض أمور الدين) قد يبالغ في (العبادة إلى درجة التطرف) وهكذا.

الفئة الثانية: استجابات على شكل أعراض وتأخذ الأشكال الآتية:

الانفصال أو التفكك Dissociation مثل:

- الذهول والدوار وحالة الصدمة .
- عدم الواقعية (كما لو كان العالم حلمًا وليس واقعًا).
- الشعور باختلال الآنية والشعور بالانفصال.
- الشعور بالحذر والعزل والقمع .
- نسيان الحادث الصدمي.

٢- القلق Anxiety: ويتمثل في:

- التنبيه الزائد .
- صعوبة في التركيز .

- اليقظة المرتفعة .

- عدم الاستقرار.

- التعب (لأقل الأعمال) .

- العصبية وسرعة (النرفزة) لأتفه الأسباب.

الفئة الثالثة: الاستجابات الظواهرية من خلال العلامات الآتية:

١- اعتقاد الشخص بأن هذه الحوادث مدبرة (وأن هناك قوة تترصده هو دون غيره، وقد يصل هذا الاعتقاد إلى درجة اليقين، مما يدخل الشخص في عداد الأمراض الذهانية) .

٢- من الممكن أن تؤدي الحوادث الصدمية إلى شعور بالفقد والضياع، وأن ذلك يظهر في:

أ- فقد الاعتقاد في الذات .

ب- ضياع الاعتقاد بأن العالم آمن .

جـ- فقد الثقة في الآخر.

الفئة الرابعة: الاستجابات الفسيولوجية والكيميائية الحيوية:

حيث دُرس تأثير الضغوط في مجالي الأعصاب والغدد فوجد ظهور الأعراض الآتية:

- استجابات (سيئة) متصلة بالقلب.

- ارتفاع في ضغط الدم .

- تغير في وظائف الجهاز الهضمي.

- زيادة في مستويات (الكاتيكولاجين) في البول، وزيادة تجمع صفائح الدم (وبالمناسبة فقد توصل «سيلي» من خلال تجاريه على الفئران في معمله بكندا إلى هذه النتيجة، حين عرض الفئران لأنواع مختلفة من الضغوط مثل البرودة الشديدة، أو الحق بمواد سامة)، وقد خلص إلى حقيقة مؤداها أن استجابات الفئران في مثل هذه المواقف (مثل استجابتنا كأفراد) قد جعلها

(أي الفئران) تحشد جميع وظائفها الجسمية بطريقة انعكاسية Reflexive فنشطت الغدد، وتضخمت الغدة الإدرينالية بشكل خاص، ثم تزايد إفراز هرمون الإدرينالين، والذي رفع من النشاط، وجعلها في حالة توتر معين، بيد أن استمرار التوتر يقود إلى العديد من الاضطرابات تمامًا مثلما نجهد آلة معينة ونتركها فترة طويلة دون راحة أو صيانة، وقد يعجل بسقوط الفرد صريعًا). (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٨، ٨١-٨٥ ؛ Dacison, G & Neale, J 1990)

الفروق بين الجنسين والضغوط:

ونطرح في هذا المحور تساؤلاً مؤداه:

هل هناك فروق بين الذكور والإناث في درجة إدراكهم للأحداث الشاقة أم لا؟

والواقع إننا في الإجابة عن هذا التساؤل سوف نستعين بنتائج دراسة أجريت في مصر للإجابة عن تساؤلنا السابق، حيث استخدم الباحث قائمة الأحداث على عينة مكونة من (٣٨٨) مبحوثًا (عدد الذكور ٢١٠، والإناث ١٧٨)، وتراوح المدى العمري لهم بين ٢٠ - ٦٠ عامًا .

وجاء ترتيب الأحداث - في عينة الذكور كالآتي (وسوف نكتفي بإيراد عشرة أحداث أو ضغوط) فقط.

أهم عشرة ضغوط لدى الذكور:

- دخول السجن .
- وفاة شريك الحياة .
- العجز عن سداد الديون .
- دين أو سلطة كبيرة .
- وفاة عضو من أعضاء الأسرة القريبين.
- ترك الابن أو البنت للمنزل .
- الطلاق .
- وفاة صديق عزيز .

- مخالفات جسيمة للقانون .
- التغير في صحة عضو من أعضاء الأسرة (إلى الأسوأ).

أهم عشرة ضغوط لدى الإناث:

- وفاة شريك الحياة .
- دخول السجن .
- الوقوع في خلافات مع شريك الحياة .
- ترك الابن أو البنت للمنزل .
- الطلاق .
- وفاة صديق عزيز .
- دين أو سلطة كبيرة .
- العجز عن سداد الديون .
- وفاة عضو من أعضاء الأسرة القريبين .
- مخالفات جسيمة للقانون .

وينتهي الباحث إلى إقرار حقيقة أو وجود بعض الاختلافات بين الذكور والإناث في ترتيب أحداث الحياة لا يمكن إنكارها برغم انخفاض هذه الاختلافات، وتحتاج هذه الاختلافات إلى فهم ومعرفة بحقائق الأنثروبولوجيا، والاجتماع، والتاريخ، والأدب، والبيولوجيا، والكيمياء، والطبيعة التي توضع في موضعها الصحيح. (جمعة سيد يوسف، ١٩٩٤، ٦٠ - ٧٥)

مقدار تحمل الضغوط:

هل نتحمل الضغوط بدرجة واحدة، أم أن (لكل فرد طاقة على التحمل، فإذا تعداها وقع صريعًا للضغوط؟ وما مقدار طاقة الشخص «لأن الله لا يكلف نفسًا إلا وسعها»). وكيف يعرف الفرد أنه قد وصل إلى درجة (الخطر)؟ وما الذي يحدث إذا تجاهل (الإنذارات) التي ترسل إليه من جسده ونفسه) وتنذره بضروره الانتباه وإلا؟

أطلق (سيلي) على قدرة الجسم على تحمل الضغوط ما يسمى «طاقة التكيف» Adaptation Energy مؤكدًا - من خلال تجاربه المتعددة وملاحظاته أن كل فرد له (درجة) من التحمل بعدها يظهر ما يسمى بزملة الضغط العام Common Seress Syndrome مؤكدًا على الحقائق الآتية:

- إن كل (جسم) له قدرة معينة على التحمل .
- إن استمرار التعرض للضغوط يؤدي تدريجيًا إلى فقدان الطاقة.
- فقدان الطاقة (المقاومة) يقود إلى الأمراض والوفيات المبكرة.
- إن الانهيار لا يحدث فجائيًا بل إن له مراحل.
- طالما أن الشخص بكافة أجهزته يتحمل فلا خير في ذلك .
- إذا تعدت الضغوط (عتبتها) فإنها ترسل بعض الإنذارات .
- يجب ألاّ نهمل هذه الإنذارات إلا من الاستمرار في (تجاهلها) سوف يقود الشخص إلى أن يدفع ثمنًا لذلك، وقد يكون (الثمن) هو: حياة الشخص ذاتها . (Myer, D, 1995, P. 575-578)

ويضيف (سيلي) الآتي:

- إن الأعضاء الضيقة في الجسم هي التي تكون مستهدفة بشكل أسرع عن غيرها من الأعضاء.
- إن الانهيار لباقي الأجهزة (مسألة وقت).

وهذا - من وجهة نظر سيلي- يفسر التأثير النوعي Specific للضغوط على حدوث أمراض دون غيرها. ففي حالة فشل الجهاز المناعي (على سبيل المثال) تحدث الأورام السرطانية، وتحدث السكتة القلبية عندما تفشل الدورة الدموية، والشرايين على أداء وظائفها بسبب قلة الدم التي تصله نتيجة للتوتر والقلق من الذي اعترى وظائف الأعضاء نتيجة للضغوط التي لم يعد بالإمكان تحملها . (Rice, P., 1992 , p. 69-71)

إن الضغوط لكي يشعر بها الشخص تمر بثلاث مراحل:

أولاً: مرحلة الإنذار حيث تظهر على الجسد العلامات الآتية:

- ارتفاع ضغط الدم .
- سرعة وعدم انتظام ضربات القلب.
- تصبب العرق.
- الشعور بقشعريرة البرد .

وتظهر في النفس العلامات الآتية:

- خوف غامض غير محدد .
- نسيان وعدم تركيز .
- توتر وسرعة استثارة .
- أرق .
- اضطرابات في النوم .

وتظهر من خلال علاقاته بالآخرين العلامات الآتية:

- المشاجرات مع الأهل .
- حدوث أخطاء في العمل (مما يجعل الشخص مستهدفًا للحوادث).
- التعرض للحوادث .

ثانيًا: مرحلة المقاومة (أو ما قبل الاستسلام):

تظهر على الجسد العلامات الآتية:

- نقص الرغبة الجنسية .
- الشعور بالتعب (لأقل مجهود).
- الشعور بالإرهاق العام (حتى دون مجهود، ونسمع البعض يصف ذلك بقوله: حين أستيقظ من النوم أشعر وكأنني قد عدت توًا من حلبة مصارعة، وأنني أخذت «علقة» لم يأخذها «حرامي» في مولد) .

وتظهر في النفس العلامات الآتية:

- عدم اهتمام .

- الامتصاص .
- الميل للوحدة .

وتظهر العلامات الآتية في علاقاته مع الآخرين:

- العزلة .
- الانسحاب الاجتماعي .
- التأخر عن العمل .
- المماطلة والتسويف .
- الشراهة في التدخين .
- تناول كميات كبيرة من المنبهات (شاي - قهوة) .
- تعاطي المهدئات .
- الإدمان .

مرحلة الإجهاد (أو التسليم):

حيث تظهر العلامات العضوية الآتية:

- العرق الزائد .
- نوبات من الدوار .
- معدل زائد لنبضات القلب.
- ارتفاع ضغط الدم .
- التنفس السريع .

وتظهر العلامات والأعراض الانفعالية الآتية:

- الصدمة الانفعالية .
- الغضب .
- الانسحاب .
- الاكتئاب .
- الشعور بالقهر .

وتظهر العلامات والأعراض العقلية الآتية:

- الاضطراب في التفكير .
- صعوبة في اتخاذ القرار .
- انخفاض في التركيز والانتباه .
- خلل في الذاكرة .
- انخفاض في كل الوظائف المعرفية العليا .

وتظهر العلامات والأعراض الاجتماعية - السلوكية الآتية:

- الصمت .
- الانسحاب الاجتماعي .
- اضطرابات في الطعام.
- تدهور الصحة العامة .
- الغياب عن العمل (أو الفصل).
- تدهور العلاقة مع شريك الحياة (يمكن أن يطلقها).
- الدخول في مشاجرات مع الأولاد (أو قد يدخل في مرحلة اللامبالاة ولا يهتم بشئونهم) . (عماد نصير، ١٩٩٣، ١٦)، (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٨٠)

(Meger, D, 1995, P. 590 - 592)

الضغوط وعلاقتها ببعض الأمراض العضوية:

١ - الضغوط والسرطان:

السرطان أحد الأمراض الطبية الخطيرة التي تودي بحياة عدد كبير من الأفراد في المجتمع، ولهذا اهتمت هيئات عالمية ومحلية رسمية وأهلية بتقديم معلومات حول السرطان وأسبابه وكيفية الوقاية منه، خاصة وأنه مرض (عالمي) أي لا تقتصر الإصابة به في بلد دون بلد آخر، ولا حضارة دون حضارة أخرى، كما يصيب الذكور والإناث، الصغار والكبار، ولعل أهم المراجع في هذا الصدد تلك الإحصاءات التي عرضت من قبل منظمة الصحة العالمية عن نسب الإصابة بالسرطان (في كافة الفئات)، وفي خمس قارات من العالم . (Who, 1992)

وقد أجريت العديد من الدراسات التي حاولت الربط ما بين تعرض الفرد للضغوط النفسية الشديدة وبين الإصابة بالعديد من الأمراض الخطيرة وخاصة مرض السرطان Cancer . ولو تفحصنا تاريخ الاهتمام بطبيعة العلاقة ما بين التعرض للضغوط والسرطان فسوف نجد ما أشار إليه جالن Galen (٥٣٦ ق.م) حيث ذكر أن النساء دائمات الحزن يتعرضن للسرطان أكثر من النساء اللاتي يشعرن بالسعادة. كما فطن العرب إلى ما للأعراض النفسية من أثر في إحداث تغيرات في البدن وأمراض الجسم، وفي إعاقة الشفاء أو تعجيله مما يهدد ذلك توافق الإنسان، فقد أشار إلى ذلك الأطباء وخاصة (ابن عيسى المجوسي) (٩٩٤م) ، وابن سينا (٣٧٠-٤٢٨هـ)، وأبو بكر الرازي المتوفى عام (٣٦٤هـ)، ونجح هؤلاء الأطباء في علاج كثير من الأمراض العقلية والبدنية علاجًا نفسيًا مستخدمين في ذلك وسائل مختلفة منها الإيحاء والتسلية. (فرويد، ١٩٥٨، ٨٢١)

كما أن من أهم (المحطات) في دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية والسرطان ذلك المؤلف الذي قدمه إيزنك بعنوان: الشخصية والسرطان **Prrsonality and Cancer** والذي يعد مرجعًا هامًا في هذا المجال، حيث شرع إيزنك بعمل مراجعة لمجموعة كبيرة من الدراسات والتي تناولت العلاقة بين سمات الشخصية والإصابة بالسرطان. وقد توصل في النهاية - ومن خلال القراءة المتأنية للنتائج - إلى:

- تأثير الانفعالات الشديدة والضغوط على جهاز المناعة مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض الفسيولوجية .
- هناك علاقة ارتباط ما بين الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاضطرابات العقلية، وأن هذا الاضطراب مرتبط باضطراب جهاز المناعة.
- هناك علاقة ما بين الخبرات السلوكية التي تشمل التعرض للضغوط والانفعالات الشديدة، وبين إصابة الفرد بالسرطان.
- تأثير الخبرات التي تشتمل على الأحداث الضاغطة على الجهاز

العصبي المركزي والتي تؤثر بدورها على جهاز المناعة، وكلما ازدادت الضغوط (قلت) فاعليته؛ مما يعجل في نهاية الأمر (بتدمير) جهاز المناعة، وتصبح (الساحة) خالية ومستعدة ومستهدفة للإصابة بالسرطان.

إذن توجد علاقة ارتباطية وثيقة ما بين التعرض لضغوط شديدة ، أو استمرار التعرض للضغوط، وكل هذه العوامل النفسية تؤثر تأثيرًا سلبيًا على جهاز المناعة للشخص؛ مما يؤدي في النهاية إلى (الإنهاك)، وبالتالي التعرض للسرطان . (H. Eysenck, 1996)

الضغوط والبيئة:

يعيش الإنسان في بيئته ، ولابد أن يتعامل مع متغيراتها وتحدث المشقة البيئية عندما تتجاوز المطالب البيئية مقدرة الفرد على مواجهتها . وللمشقة آثارها الجسمية بالإضافة إلى آثارها النفسية، كما أنها يمكن أن تؤدي إلى اضطراب في أداء المهام.

وقد حدد جرين Green ثلاثة جوانب رئيسية لعملية المشقة:

الأول: حدث خارجي يحدث للشخص مثل التعرض للفيضان، فترة من السجن، وفاة شخص عزيز لديه...إلخ .

الثاني: ينبغي أن يدرك الفرد الحدث ويقدره .

الثالث: استجابة سيكولوجية للحدث.

وبناء على ذلك فإن المشقة تنتج عن التفاعل بين أحداث خارجية ومعارف واستجابات انفعالية، وتعتمد طبيعة المشقة التي يمر بها الشخص بعينه - إلى حد ما - على ما إذا كانت المشقة مزمنة أم حادة. والمشقة المزمنة تمتد لفترات أطول وتسببها باستمرار أحداث تبقى لفترة أطول عن تلك التي تسبب المشقة الحادة. فالزلزال أو حادث السيارة الخطر - على سبيل المثال- قد تعتبر حادة لأنها تمتد لعدة ثوان قليلة فقط، ولكن استجابة الشخص السيكولوجية أو ردود أفعاله لهذا الحدث يمكن أن يزداد بشكل مؤثر لو أن الضحية استمر في التعرض للحدث بالعبرة، ويمكن أن ينتج كل

من الضـغط الحاد والمزمن في شكل فترات ممتدة من الاستثارة المرتفعة وعدم توازن في الغدد الصماء. وغيرها من العوامل.

(فرنسيس ت . وآخر، ١٩٩٨، ١٤٠-١٤١)

كما أن المجال - بالطبع - ينفتح لحصر العديد من الضغوط التي يواجهها الفرد في بيئته والتي يمكن أن تضاف في فئات أربع:

- الأحداث المفاجئة والضيقة مثل المخاطر الطبيعية أو الحرب.
- أحداث الحياة المثيرة للمشقة مثل مرض خطير .
- مشكلات عائلية والمشاحنات اليومية كالتعامل مع الزحام أو التنقل اليومي.
- التنبيه الزائد الناتج عن عوامل البيئة المحيطة، وتدرك الضغوط المحيطة المعتادة على أنها تتجاوز إمكانية الفرد على التحكم فيها، ويمكن تحملها لفترات قصيرة من الوقت دون ضرر واضح، إلا أن التعرف الممتد لأي ضاغط محبط بالغ الشدة يسبب زيادة في مستويات الاستثارة والتي قد تتداخل مع أداء المهام وتؤثر في الحالات المزاجية والصحة الجسمية، والأفراد الذين يدركون أنه يمكنهم الحصول على المساعدة والدعم من الآخرين يتكيفون بشكل أفضل للضغوط البيئية . (المرجع السابق، ص ١٤٢)

الضغوط واللياقة النفسية:

إن ضغوط العمل كثيرة ومتنوعة، كما أنها لا تقتصر على مهنة دون أخرى، بل إن كل المهن لها مشقاتها الخاصة، فقد يكون عبء العمل زائدًا عن المستوى الذي يتحمله الفرد، وقد تكون المشقة مرتبطة بطبيعة المهنة خاصة إذا كانت المهنة تنطوي على ارتباط جوهري بحياة الآخرين، مثل العمل في مجالات مثل: الطب، التمريض، الخدمة النفسية المتخصصة، والخدمة الاجتماعية، والتدريس، والشرطة، القضاء، وغيرها من الأعمال التي تنطوى على قدر كبير من العبء الانفعالي والذهني، حيث يتسم العمل فيها جميعًا بكونه مكثفًا، وموجهًا لخدمة الآخر، فضلاً عن كونه يتم غالبًا في مواقف مفعمة بانفعالات شتى مثل: القلق، الخوف، التوتر، الارتباك، العدوانية،

ومزدحمة بمشكلات شديدة التنوع تتطلب المواجهة بأقل درجة من الآثار الجانبية السلبية، ولاشك أن هذا الطراز المركب من العبء الانفعالي والذهني يزيد من خطورة تعرف العاملين بهذه المهن لأنواع من الخلل في اللياقة النفسية على نحو يفوق بكثير احتمالات تعرض غيرهم لها في المهن الأخرى.

واللياقة النفسية - وفقًا لمفهوم سويف: تشير إلى التكامل الذي يتم بين المنظومات الثلاث للكيان النفسي: الفكر، الوجدان، الفعل.

ولعل من الدراسات الميدانية العربية في هذا الصدد : دراسة سهير الغباشي حيث كانت العينة عبارة عن مجموعتين من الأطباء البشريين، إحداهما ممن يعملون في أقسام ووحدات الطوارئ، والثانية من الأطباء العاملين في أقسام ووحدات أخرى بالمستشفى لا تتبع نظام الطوارئ في عملها، وقد كشفت الدراسة عن أن العمل في مشقة الطوارئ الطبية يمكن أن يرتبط بقدر من الزيادة في الاستنزاف النفسي دون المساس بكفاءة الانتباه، بينما لم يتكشف الدور الوسيط لكل من القلق كسمة، والنشاط العام (كخصائص للتنبيه العام) بين ظروف الطوارئ الطبية من ناحية، والانتباه والاستنزاف النفسي من ناحية أخرى. (سهير الغباشي ، ٢٠٠١، ٥٣٧ - ٥٩١)

الضغوط والاكتئاب:

يعد الاكتئاب خبرة من خبرات الحياة الإنسانية، لأن كل فرد من بني الإنسانية لابد أن يمر في مرحلة من مراحل حياته بخبرة اكتئابية، إضافة إلى أن الاكتئاب شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية المتزاملة بعضها عضوي، وبعضها ذهني ومزاجي، وبعضها اجتماعي مما يطلق عليه اسم الزملة الاكتئابية **Depressive Syndrome**. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٠).

كما تتعدد أنواع الاكتئاب ما بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي والإكلينكي، وكذا الاكتئاب الداخلي والموسمي.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٧-٢٠)

كما تتعدد المفاهيم التي قدمت لمفهوم الاكتئاب، وإن كان الدليل التشخيصي الرابع (DSM IV) قد أجملها في : مزاج كدر، وفقدان للاهتمام والمتعة في معظم أو كل الأنشطة المعتادة، وتشتمل على اختلالات الشهية للطعام، تغير في الوزن، مشاعر الذنب، صعوبة التركيز والتفكير، أفكار قهرية، ومستمرة حول الموت، أو محاولات الانتحار، باختصار فإن الشخص المكتئب فاقد للذة الحياة. (DSM IV, 1994, pp. 317 - 320)

وقد قام ناصر المحارب (١٩٩٣) بإجراء تحليل جمعي لأربعين دراسة نشرت ما بين ١٩٨١ - ١٩٩١م في محاولة للتعرف على ما إذا كانت هناك علاقة بين الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان. وقد تم استخدام ثلاثة فروق من أساليب التحليل الجمعي وتوصل إلى:

١- الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب لا تؤثر على عدد (كمية) خلايا - ب- أو خلايا - ت - اللمفاوية .
٢- الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب تؤثر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة، وعلى أداء خلايا - ب- أو خلايا - ت .
٣- أثر الضغوط النفس اجتماعية لا يختلف عن أثر الاكتئاب على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة، وعلى أداء خلايا - ب- أو خلايا - ت .
٤- يبدو أن أثر الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وعلى الخلايا الطبيعية القاتلة يفوق أثرها على خلايا - ب- أو خلايا - ت - اللمفاوية .

(ناصر المحارب، ١٩٩٣، ٣٣٥-٣٧٢)

وهكذا تتضح العلاقة ما بين الضغوط النفسية ووقوع الفرد هوة الاكتئاب، ووقوع الفرد أيضًا ضحية لدمار جهازه المناعي، مما يجعله عرضة (لغزو) العديد من الأمراض.

علاج الضغوط:

وضع العلماء العديد من (النصائح العملية)، وذلك لكي يتعلم الفرد

كيفية التعامل مع الضغوط، فإذا كانت الضغوط (قدر) فيجب على الفرد أن (يتعلم فن) التعامل مع الضغوط حتى لا يسقط (ضحية) لها.

ومن التكنيكات العملية:

١- الاسترخاء Relaction:

يعرف كمال دسوقي الاسترخاء بأنه: عودة عضله إلى حال الراحة عقب انقباض أو توتر منخفض مع غياب الانفعالات القوية وتهدئة أو تخفيض توتر عقلي، وتقليل الميل للقلق أو الخوف أو الغضب، أو أية استجابة انفعالية يعتقد بأنها عنيفة جدًا أو تسهل إثارتها بأكثر مما يلزم، كما تعد الطريقة الفنية المستخدمة في العلاج النفسي لجعل العميل على راحته.

(كمال دسوقي، ١٩٨٨، ١٢٥٨)

وتوجد العديد من التكنيكات والتمارين الخاصة بالاسترخاء وكيفيته، ويضيق المقام بالطبع عن الخوف في التفاصيل .

(Blanchard, E & Greene , B, 1993) (Madders, J, 1997).

(أمثال الحويلة، أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٧٣-٢٩٤)

٢- المساندة الاجتماعية:

أثبتت العديد من الدراسات التي تناولت أثر المساندة الاجتماعية أن لها دورًا جد هام في إمكانية تخطي الفرد للضغوط التي يتعرض لها. فعلى سبيل المثال تناول الباحث المساندة الاجتماعية لدى مجموعة من المسنين المقيمين في دور إيواء أو مجموعة من المسنين المقيمين في أسر طبيعية، ومدى إدراكهم للمساندة الاجتماعية، فوجد أن إدراك المسنين للمساندة الاجتماعية أفضل في حالة الإقامة بين الأسر الطبيعية، إضافة إلى أن التمتع بالسواء النفسي، والصحة الجسدية أكثر من المسنين المقيمين في دور إيواء؛ مما يعكس كل ذلك على الحالة النفسية، كما أن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء . (محمد حسن غانم، ٢٠٠٢، ٣٥-٨٩)

٣- ممارسة الرياضة:

حيث أثبتت العديد من الدراسات العلمية أن الرياضة تؤدي إلى أثارا إيجابية على الصحة النفسية من خلال تحسين سمات الشخصية والحالة المزاجية والانفعال، وتصور الذات، ووجهة الضبط والتحكم النفسي، والثقة بالنفس، والميول الذاتية، والقدرة على التكيف والعمل والنوم، كما تعالج الرياضة بعض حالات القلق النفسي والاكتئاب، كما تؤدي الرياضة إلى تحديد الجسم وتقويته من خلال:

- تجديد (كرات الدم) اللازمة لإنعاش وتنشيط الدم .
- الإقلال من (الشحوم والدهون) خاصة الكوليسترول والدهون الثلاثية؛ مما يقلل من خطر ضيق شرايين الدم الذي قد يؤدي إلى تصلب الشرايين، وهبوط القلب والصدمات .
- فتح (شعيرات دموية) جديدة؛ مما يؤدي إلى زيادة فعالية شبكة الأوعية الدموية اللازمة لأداء الجسم لوظائفه المختلفة بكفاءة.
- زيادة فعالية (القلب) بتقوية عضلاته، وزيادة كمية الدم الذي يضخه الجسم عبر ٦٠,٠٠٠ ألف ميل من الأوعية الدموية .
- زيادة إمداد الدم (للمخ) بالأكسجين اللازم لأداء وظائفه العقلية والقدرة على التفكير السليم .
- ارتفاع مستوى الطاقة العامة لجسم الإنسان؛ مما يساعده على الإنجاز والاستمتاع بأنشطة الحياة المختلفة.
- تنظيم الإيقاع البيولوجي خاصة وظيفة (النوم) التي تنتظم وتتحسن وتصبح فعالة . (عماد نصير، ١٩٩٣، ٤٨)

كذلك يوجد العديد من الطرق الأخرى مثل البيوفيدباك **Bio Feed Bak** وهو عبارة عن جهاز يساعد الفرد على الاسترخاء، ويجدد هذه الدرجة، وكذلك التحكم في الغذاء، ووضع ناجح لذلك، إضافة إلى ضرورة وضع استراتيجية للتخلص من التدخين، ذلك لأن العديد من الأشخاص تربط ما بين التدخين ومواجهة الضغوط، وهذا ربط خاطئ؛ لأن التدخين يزيد من الضغوط والمشاكل ولا يقلل منها . **(D. G. Myers, 1995, pp. 591-608)**

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨): **الصدمة النفسية** - مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، الكويت، مطبوعات جامعة الكويت .

٢- أمثال الحويلة، أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢): **مدى فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات**، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٢)، العدد (٢)، إبريل، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص ٢٧٣ - ٢٩٤ .

٣- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤): **إدراك أحداث الحياة المثيرة للمشقة**، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٣٠)، السنة الثامنة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص : ٦٠ - ٧٤ .

٤- سهير فهيم غباشي (٢٠٠١): **المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية للأطباء**، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، المجلد الحادي عشر، العدد الرابع، (أكتوبر)، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص: ٥٣٧ - ٥٩١ .

٥- سيجموند فرويد (١٩٥٨): **معالم التحليل النفسي**، ترجمة محمد عثمان نجاتي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ط ٣ .

٦- عبد الحميد محمد علي، محمد السيد صديق (٢٠٠٢): **أحداث الحياة الضاغطة ومستويات الإدراك والاستجابة الشخصية نحوها لدى عينة من طلاب الجامعة** - دراسة سيكومترية إرشادية، القاهرة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد ١٢، العدد ٣٧ (أكتوبر) الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٩٧ - ١٥٢ .

٧- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): **الاكتئاب - اضطراب العصر الحديث - فهمه** وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد ٢٣٩، نوفمبر .

٨- عبد المنعم الحفني (١٩٩٢): **موسوعة الطب النفسي**، المجلد الثاني، القاهرة، مكتبة مدبولي .

٩- عماد نصير (١٩٩٣): **ضغوط الحياة، السعودية**، الخطوط الجوية السعودية.

١٠- فرج طه وآخرون (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، القاهرة، دار سعاد الصباح .

١١- فرنسيس. د، ماك أندروز (١٩٩٨): **علم النفس البيئي**، ترجمة د. عبداللطيف خليفة، جمعة يوسف، الكويت، مطبوعات جامعة الكويت .

١٢- كمال دسوقي (١٩٩٠): **ذخيرة علوم النفس**، القاهرة، الأهرام للنشر والتوزيع .

١٣- محمد حسن غانم (١٩٩٦): **الديناميات النفسية للاحتياجات/ الضغوط**، ومركز التحكم لدى مدمني المخدرات - دراسة حضارية مقارنة، دكتوراه، آداب عين شمس .

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٢): **المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية**، القاهرة، مجلة: دراسات عربية في علم النفس، المجلد الأول، العدد الثالث، يوليو، ص ص ٣٥ - ٨٩ .

١٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٩) **كيف تهزم الضغوط النفسية**. القاهرة، كتاب اليوم الطبى (عدد أغسطس) مؤسسة أخبار اليوم.

١٦- محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤): **الأمراض السيكوسوماتية** - دراسات عربية وعالمية، القاهرة، مكتبة الخانجي .

١٧- ناصر إبراهيم المحارب (١٩٩٣): **الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب**، وبعض **جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان**، القاهرة، مجلة دراسات نفسية، م٣، ع٣، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص : ٣٣٥ - ٣٧٢ .

١٨- وليم الخولي (١٩٧٦): **الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي**، القاهرة، دار المعارف .

ثانيا: المراجع الأجنبية:

19- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Staistical Manual of Mental Disarders, Fourth Edition, Washing ton. DC.

20- Belton, N (1998) . The good Listener: Helena life against crnelty. New York. Pantheon.

21- Blanchard, E & Greene, B (1993): Relatation as a treatment for irritable bowel syndrome. Biofeedback & Self Regulation 18 (3) pp. 125-132 .

22- Corcin, J. (1982) . Concise Encyelopedia of Psychology, awiely inter - Science Publication Johwiely & Sons.

23- Davison, G & Neale, J (1990). Abnormal Psychology. New York: Wiley, 5th ed .

24- Eysenck, H. (1996). Personality and Cancer. In: Cooper C. L (Ed) Handbook of Stress, Medicine and Health. New York: CRC Press.

25- Freedy, J. & Donkervoet. J (1995). Traumatic Stress: An overview of the field in J. R. Freedy & S. E. Hobfoll (Eds.) Traumatic stress: from theory to practice. New York: Plenum Press.

26- Klein, R. & Schermer. V (2000) . Introduction and overview: Creating a Henling Matrix . In: from. R. & Schermer. V (eds) group Psychotherapy for Psychological Trauna, New York, the guil ford press.

27- Madders, J (1997): The Stress and Helaxation Randbook, London: Ebury Press.

28- Mcnamara, S (2000): Stress in yong people - What's New and what can we do? London Continum.

29- Mgers, D (1995). Psychology, New York: World Publishers, Yedition.

30- Neale, J., Darision, C (1996): Exploring Abnormal Psychology, John Wiely and Sons inc.

31- Rice, P. L. (1992). Stress and Health, Californ Brooks Cole Publishing.

32- World Healty arganization (1992): Intermational A Gency for Research Coner, Volume ri, Venina.



النظريات التى حاولت تفسير حدوث الاضطرابات النفسجسمية



أولا: النظريات البيولوجية:

١- نظرية الضعف البدنى.

٢- نظرية رد الفعل النوعى.

٣- نظرية التطوير والارتقاء.

٤- نظرية التأثيرات الجينية.

ثانيا: النظريات النفسية:

١- نظرية التحليل النفسى.

٢- النظرية السلوكية.

٣- النظريات المعرفية.

النظريات التي حاولت تفسير حدوث الاضطرابات النفسجسمية

مقدمة:

بما أن العلاقة بين النفس والجسد وتأثير الانفعالات السيئة على أعضاء الجسم المختلفة لدرجة إحداث (شلل) أو عطب في وظيفة هذه الأجهزة.. فإن محاولات تفسير حدوث ما حدث قد قاد العديد من العلماء والمفكرين والباحثين في مختلف التخصصات إلى محاولة الاجتهاد في تفسير الاضطرابات النفسجسمية .

أولاً: النظريات البيولوجية Biological Theories:

نستطيع تحت هذا العنوان إيراد العديد من النظريات ومنها:

١- نظرية الضعف البدني:

وينطلق أصحاب هذا الاتجاه متكئين على فرضية خلاصتها: إن أي فرد لابد أن يكون لديه عضوًا ضعيفًا، وأن هذا الضعف قد ينتج من خلال العوامل أو الأسباب الآتية:

أ- الإصابة بسبب عوامل وراثية .

ب- الإصابة والضعف بسبب سوء التغذية .

جـ- الضعف بسبب الإصابة بمرض مبكر .

د- الضعف بسبب إهمال العلاج.

وأيًا كان السبب فإن أي فرد لابد أن يكون لديه هذا العضو الضعيف، وأن هذا الضعف يجعل الفرد مهيئًا لأن يُصاب مستقبلاً، ومن خلال هذا العضو دون غيره، بل نستطيع أن نتنبأ بإمكانية وطبيعة الاضطرابات النفسجسمية التي من الممكن أن يصاب بها الفرد مستقبلاً أو يكون مرشحًا لذلك .

فالشخص الذي يكون جهازه التنفسي ضعيف (لأسباب متعددة) يكون مهيئًا للإصابة بالربو الشعبي مستقبلاً من خلال أي توتر قد ينتاب هذا الشخص، عكس حال شخص آخر يكون مهيئًا وراثيًا للاستجابة للتوتر من خلال ردود أفعال مفرطة في أجهزة ذاتية معينة؛ مما يقود ذلك إلى إمكانية إصابة الفرد - هذا - بضغط الدم المرتفع حين يواجه أي توتر مستقبلاً، عكس شخص آخر يكون مهيئًا للإصابة بالصداع النصفي، أو السكر، أو أي أمراض أخرى.

ولذا فإن أنصار نظرية الضعف البدني Somatic Weakness Theory يتمسكون بوجهة نظرهم تلك، بل ويستطيعون التدليل عليها من خلال أن هذا الضعف البدني لأجهزة - أو على الأقل- لجهاز معين من أجهزة الجسم، ولذا فإن أبحاث الجينوم وفك الشفرة الوراثية لكل فرد سوف تجعل العلماء مستقبلاً يحددون للشخص طبيعة الأجهزة - أو الجهاز - الضعيف لديه، مع الأخذ في الاعتبار إمكانية الإصابة بمرض (كذا) مستقبلاً، ولاشك أن (معرفة الحال مستقبلاً) سوف تجعل الفرد أكثر حذرًا إزاء (ضغوط معينة) مع إمكانية أن (يتدخل العلم)، ويستطيع بما يمتلكه من إمكانيات أن يتفادى حدوث إصابة الفرد بمثل هذه الأمراض مستقبلاً أو أن يحدث ذلك، فإن أصحاب الضعف البدني متمسكون بنظريتهم، بل إن أبحاث الجينوم سوف تؤكد لهم - ولغيرهم- طبيعة هذه النظرية الصحيحة التي يعتقدون في صحتها، وأنها السبب الرئيسي والمفسر الأوحد تجاه الإصابة بكافة أعراض ومظاهر الاضطرابات النفسجسمية.

٢-نظرية رد الفعل النوعي Specific Reaction Theory:

ويذهب أنصار هذه النظرية إلى وجود أجهزة عصبية - ذاتية معينة يمتلكها الفرد تكون بطبيعتها مهيئة وراثيًا - أي لا دخل للفرد فيها- تجعله يستجيب للتوتر والقلق والانفعالات السيئة بردود أفعال مفرطة مما يؤدي إلى فتح المجال لإمكانية الإصابة بأمراض نفسجسمية مختلفة وفقًا لاستجابة الفرد.

ولعل تقسيم الأفراد إلى العديد من الأنماط مثل النمط A، والنمط B وهو تصنيف ينهض على حقيقة أن هناك سمات معينة تميز كل نوعية معينة من الأفراد، فهذا رد فعله يكون عنيفًا، وهذا متوتر بطبعه، بل ويبحث عن الاستثارة ولا يهدأ ويريد دومًا أن يكون في (قلب الأحداث) لدرجة أنه إذا لم يجد أحداث فإنه يحاول (اختراعها).. عكس شخص آخر بطبيعته يميل إلى الحذر والانطواء وتجنب الناس. وأن حواره مع ذاته أكبر بكثير وأهم من حواره مع الآخرين (ولذا فإن إيزنك كمثال قد قسم البشر إلى نوع انطوائي وعكسه انبساطي). ولاشك أن الفرق بين هذا وذاك فرق شاسع؛ لأنه يتعلق بطبيعة الفرد الاجتماعية (مع الآخرين) والشخصية، وكذا الانفعالية.

ولذا يلاحظ أن الحالة الانفعالية تترابط مع بعض الأمراض النفسجسمية دون غيرها . فعلى سبيل المثال وجد أن الانفعال يرتبط مع بعض الأمراض الجلدية المميزة. فالعدوان يترابط مع مرض الحكة، والقلق مع العرق الغزير والخزي مع العد الوردي، والغضب مع الأرتيكاريا واللهفة للحب مع التهاب الجلد ...إلخ.

وقد توصلت العديد من الدراسات والملاحظات والأبحاث إلى أن مريض الجلد عادة (من النوع النفسي) في حاجة إلى الحب الشديد والحنان والمساندة والدعم من قبل الآخرين في نفس الوقت هو يعاني من عدم قدرته على أن يبادل كل أو حتى أو بعض الآخرين الحب أو حتى يمتلك القدرة على أن يعبر لهم عن حبه لهم، هذا الكبت الشديد لكل الانفعالات (سواء أكانت انفعالات حب أو حتى رفض أو حتى اعتراض مع سلوكيات معينة قام بها الآخرون تجاهه...إلخ) يقود إلى مرض أو أكثر من الأمراض الجلدية التي لها أساس انفعالي – نفسي.

ووفقًا لطبيعة واستعداد الفرد للاستجابة - أو حتى الاستجابة- لانفعال معين يكون المرض الذي سوف يرافق الشخص أو من الممكن أن تتنبأ مستقبلاً بإمكانية الإصابة به مستقبلاً أو يكون الفرد مرشحًا للإصابة بمرض معين دون شخص آخر لديه استعداد للاستجابة للضغوط مختلف عن غيره من الأفراد .

٣- نظرية التطور والارتقاء:

وينهض أنصار هذه النظرية في إثبات وجهة نظرهم من خلال اعتقادهم من أن رحلة التطور والارتقاء التي مرت بها البشرية منذ ملايين السنين لم تمر هكذا عبثًا، بل تركت العديد من الآثار والنتائج.. لأن مرور هذه السنين مع اكتساب الآلاف من الخبرات المختلفة قد أدت إلى نماء أجهزة عصبية ذاتية لدى البشر، وأن هذا النمو لهذه الأجهزة قد أدى إلى زيادة (حمل) هذه الأجهزة في قدرتها على مواجهة أفضل لكافة المشاق والضغوط التي يتعرض لها الفرد، وأننا إزاء مواقف الخطر قد تعلمنا إما أن نواجهه (إن كنا قادرين على ذلك) أو نهرب إن كنا نستشعر أن الخطر الذي نواجهه سوف نعجز عن مواجهته (الهرب نصف الجدعنة)، وفي كلتا الحالتين يهيئ الجسم السليم نفسه لذلك من خلال المظاهر الآتية:

أ- زيادة معدل التنفس .

ب- زيادة تدفق الدم إلى العضلات .

جـ- إطلاق السكر في مجرى الدم .

د- توقف المعدة عن هضم الطعام وما يستتبعه ذلك من نشاط فسيولوجي... إلخ.

ومن الغريب أنه مع انتهاء الخطر (إما بالقتال أو الهرب)، تختفي مثل هذه المظاهر المؤقتة ويعود الجسم إلى (سيرته الأولى المعتادة)، إلا أنه قد يوجد لدى النوع البشري التباسًا في التفرقة بين الاستجابة بتلك الطريقة لإمكانية التنبؤ للتحديات المهددة للحياة والتي قد تحفز الحيوانات الأخرى، وبين الاستجابة بها للأخطار النفسية، وبالفعل فإننا قادرون من خلال أفكارنا وتخيلاتنا مع إشعال أجهزتنا العصبية الذاتية، ومن ثم تتبقى أجسامنا في حالة استثارة مستمرة.

فالحيوان قد يدرك الخطر (ولا يتخيله) في حين أن الإنسان قد يفكر أفكارًا غير عقلانية في تحديد حجم الخطر .. وأن هذه الأفكار (السيئة المبالغ فيها) قد تؤدي بدورها إلى استثارة العديد من صور الانفعالات السيئة

وأن الانفعالات السيئة بدورها لابد أن تنتقل وتظهر في السلوك الخارجي (وهي نفس فكرة نظرية العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي لألبرت إليس) والتي تنهض على أن العلاج وفقا لهذه النظرية إنما ينهض على التعرف على منظومة الأفكار غير العقلانية الموجودة لدى الشخص، ثم دحض هذه الأفكار، وبث مجموعة من الأفكار العقلانية لدى الشخص تحل محل الأفكار غير العقلانية.

إن الاستثارة المستمرة، والمبالغة في حجم التحديات تجعل أجهزة الفرد النفسية مهيئة ومتوترة على الدوام، وأن هذا التوتر وغير الضروري، سوف يترك آثاره السيئة على هذه الأجهزة مستقبلاً؛ مما يهيئ المسرح لإمكانية إصابة الفرد مستقبلاً بمرض أو أكثر من الأمراض النفسجسمية.

مثال: الأشخاص الجادون والذين لا يكلّون من العمل والكدّ والاجتهاد، ويبحثون عن التحدي ولا يعطون أجسادهم فرصة للراحة ، وليس هذا فحسب، بل إن هذه النوعية من الناس تتصف بالآتي:

أ- الميل إلى السيطرة على الزوجة .

ب- الميل إلى السيطرة على الأولاد .

جـ- الرغبة في السيطرة على كل مرؤوسيهم .

د- الفشل في الاسترخاء والراحة .

هـ- محاولات مستمرة لإثبات الفحولة والقدرة الجنسية الخارقة .

و- الرغبة التي لا تكل في الصعود إلى السلم الاجتماعي.

ز- الإحساس بالذنب لو (مر بخاطره) أنه قد استمتع بوقته أو إعطاء الفرصة لجسده .

هؤلاء الأفراد بنفس هذه السمات كشفت العديد من الدراسات والملاحظات أنهم في حاجة ملحة للحب والحنان من قبل الآخرين، إلا أنهم يفتقدون إلى ذلك، فيلجأون إلى التعويض من خلال البحث عن القوة والتفوق والسيطرة وإثبات الذات، والرجولة، والشخصية، في مجالات متعددة.

٤- نظرية التأثيرات الجينية:

بالرغم من استخدام اصطلاح الضغط Stress أو الإجهاد على نطاق

واسع كأحد الأسباب الخارجية في حدوث الأعراض السيكوسوماتية، إلا أنه يوجد افتراض بيولوجي وراثي حول دور العوامل الوراثية في حدوث الأعراض السيكوسوماتية. وقد اهتمت الدراسات في هذا الشأن بفئتين مرضيتين هما: مرضى قرحة المعدة، ومرضى الأوعية الدموية القلبية، ويؤكد «إيزنك» على أن الدليل الوراثي ودوره لم يثبت إلى الآن نظرًا لتعقد المشكلة في الطب السيكوسوماتي والذي ينظر إلى الحالات السيكوسوماتية ودراستها بطرق وأساليب متعددة، ويخلص من ذلك في تلخيصه لاتجاه البحث الوراثي السيكوسوماتي إلى اتجاهين يساعدان على فهم الدور الوراثي في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهما:

أولاً: التحليل الجيني للحيوانات التي حدث لها مرض تجريبيًا وبدقة.

ثانيًا: دراسة التوائم المتماثلة بعناية لتحديد العوامل الجينية المسئولة عن الأمراض الخاصة (أمال باظة، ١٩٨٦، ٣٤).

في حين أكد آخرون على ضرورة أن نأخذ في الاعتبار العلاقة بين تأثير العوامل الوراثية (بصفة عامة) وبين الضغوط الاجتماعية الخارجية التي يتعرض لها الفرد في البيئة الخارجية التي يعيش فيها بصفة خاصة وإمكانية تحديد الدور أو حجم التأثير لكل منها في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية . (Knap, 1980, p. 854)

ثانيًا: النظريات النفسية:

تتعدد الاجتهادات والنظريات النفسية التي حاولت أن تفسر أسباب حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، وسوف نتحدث في عجالة عن بعض من هذه النظريات:

أ- نظرية التحليل النفسي:

وتنهض هذه النظرية على مجموعة من المسلمات الأساسية التي يتكأ من خلالها أنصار هذه المدرسة على تفسير حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، ومن أشهر من ساهم برأي في هذه الأمراض فرانز إلكسندر Alexander, F والذي نستطيع تلخيص رأيه في النقاط الآتية:

- إن اللاشعور أكبر كثيرًا في مداه وجبروته؛ لأن الرغبات والأحوال والمخاوف ترقد فيه، والتي لا يقبلها العقل الواعي.
- إن الأفكار والمشاعر (المنبوذة) هذه تظل نشطة في اللاشعور، إلى جانب الذكريات والانفعالات الأليمة التي ترتبط بهذا الصراع.
- إن هذه الأفكار والمشاعر المنبوذة تتحين الفرصة للانطلاق والظهور، وقد تأخذ أشكالاً بدنية - جسمية والتي تظهر في زيادة خفقان القلب، توتر العضلات وانقباضها، زيادة العرق ...إلخ، ولذا فإن العلاج وفقًا لنظرية التحليل النفسي بهدف جعل ما هو لا شعوريًا إلى شعوريًا .
- إن اللاشعور ليس منطقيًا، بل بدائيًا بمعنى أنه يعبر عن نفسه بالصور والخيالات والأحاسيس البدنية بدلاً من الكلمات المنطقية والأفكار الواقعية.
- إن تحليل الأحلام يلعب دورًا جد هام في فهم اللاشعور، وأن الأحلام تعد نافذة على اللاوعي، وأن الأحلام لها منطقها الخاص ورموزها والتي تحتاج إلى (تفسير) حتى نجعل ما هو غير مفهوم (مفهوم) .
- إن الأعراض الجسدية تكون رمزًا لحاجة نفسية معينة. فالسيدة التي تخشى الموت - مثلاً - تنتابها تقلصات حادة في المعدة لمجرد أن تسمع كلمة (الموت) أو حتى لمجرد أن (تفكر في حدوث الموت) وأن مثلاً تلك التقلصات الحادة والمؤلمة للمعدة ما هي إلا الاستجابة التلقائية التي تعبر عن الصراعات المكبوتة الناتجة من (الخوف من الموت).
- ولذا فإن الرمزية تفسر اختيار العرض الجسمي دون غيره من الأعراض، ولماذا يختار المريض عرضًا معينًا دون باقي الأعراض، وأن الجسد يتغير بطرق عديدة تحت تأثير الجسد الانفعالي، فمثلاً عندما يخاف شخص ما يسرع نبض قلبه وتضيق أوعية الدم في جلده وتنقبض عضلاته، وهكذا، إلا أن المرض النفسجمي يتميز أساسًا بالمبالغة الضارة في واحد أو اثنين من مثل تلك التفاعلات على الإهمال النسبي لما تبقى- كما أن الشعور بالإثم قد يؤثر في انتقاء الفرد للأعراض التي من الممكن أن

يصاب بها خصوصًا إذا كان هذا الإثم له علاقة بشخصية ما تؤثر في الشخص (السلطة الوالدية مثلاً) .

- كما أن تصور الجسم تصورًا خاطئًا يقود إلى العديد من صور الاضطرابات النفسجسمية؛ لأننا جميعًا نحتفظ في مخيلتنا بصورة الجسم **Body Image**، وأن هذا التصور للجسم قد يكون واقعيًا، إلا أنه في الغالب لا يكون كذلك، وأن القصور في إدراك صورة الجسم قد يؤدي إلى عجز الشخص عن تخطي إحدى نواحي طفولته وهي ذلك الانشغال المسبق بالجسم انشغالاً له من الثبات ما قد يقوي عرضًا من الأعراض النفسجسمية، ويؤدي إلى اضطراب وظيفة الجسم.

- إن الانفعالات تسبب العديد من الإجهاد النفسي.. والذي يقود بدوره إلى إصابة الفرد باضطراب معين. وبما أن المبدأ الأساسي في نظرية التحليل النفسي أن جميع الأعراض والسلوكيات محتومة (وأنه لا عشوائية في السلوك)، ولذا فإن إصابة الفرد بالأمراض لا تحدث بطريقة عشوائية، بل هي تحدث بصورة محتومة، وأحيانًا ما تحدث في مجموعات تفصل بينها فترات من الصحة، وكثيرًا ما تتناظر تلك المجموعات مع فترات الجهد النفسي في حياة الشخص، وأن الجهد النفسي يقود الأفراد إلى اللجوء إلى العديد من ميكانيزمات الدفاع، وقد وجد الباحثون أنه كلما كانت تلك الدفاعات أكثر فاعلية قل احتمال إصابة الفرد بردود فعل جسدية مضرة، كما يحددها قياس نشاط القشرة الكظرية .

(Alexander, 1990)

في حين اهتمت فلاندرز دنبار **Dunber, F** بتحديد أوجه التشابه والاختلافات بين البروفيلات النفسية المميزة لمرضى كل اضطراب. ففي حالة مريض الربو - مثلاً - وجدت دنبار أن أهم ما يميز مرضى هذه الفئة أنهم لا يشعرون بالأمن، بل يعانون من قلق فقدان السند بشكل مميز أو يعد السعال تعبيرًا رمزيًا عن البكاء طلبًا للأم ورعايتها، كما أن الشخص - من هذا النوع- يبدو متواكلاً بشكل واضح وصريح في جميع تصرفاته (أمال باظة، ١٩٨٦، ص ٢٣).. وهذا البروفيل النفسي المميز لمرض الربو يختلف

بلاشك عن البروفيل النفسي المميز لمرض السكر، حيث كبت العدوان، والاعتمادية، والخوف من اتخاذ قرارات مصيرية تخصه وغيرها من السمات (جبالي نور الدين، ١٩٨٩) .

٢- النظرية السلوكية:

تنهض المدرسة السلوكية في تفسيرها للسلوك على مجموعة من الأسس تتلخص في أن السلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، بل هناك العديد من الأعضاء التي يشملها الاضطراب وتعتمد على ظروف مختلفة ومتغيرات مهيئة للاضطراب .

إن البناء الجسدي للكائن العضوي هو في النهاية وراثة بيولوجية، وأن هذه الخصائص الموروثة تشمل محددات معينة تهيئ أعضاء أو أجهزة في الجسم لإمكانية الانهيار حيال مواجهة الشدائد.

والمدرسة السلوكية تركز على مبدأ الفروق الفردية بين الأفراد، وأن هذه الفروق في الاستجابة إزاء مثيرات معينة قد تعلم الفرد من خلالها أنماط من الاستجابة الانفعالية، وأن العوامل التي تؤدي إلى إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية تنقسم إلى نوعين من العوامل:

أولاً: العوامل الوراثية المرضية .

ثانيًا: العوامل المهيئة البيئية .

إن التفاعل بين هذين العاملين يفتح المجال لانهيار مقاومة الجسم، وبالتالي الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية. (لطفي فطيم، ١٩٧٩)

٣- النظريات المعرفية:

وقد اشتقت فكرة الاتجاهات الخاصة التي تلعب دورًا في الاضطرابات السيكوسوماتية من خلال نتائج البحوث السيكوفسيولوجية التي توضح أن العمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفسيولوجية، وهذه الفكرة تفترض أن اتجاهات معينة أو خاصة يتميز بها كل الأشخاص من ذوي الاضطراب الجسمي الواحد، وقد تم اختبار هذا الافتراض وبطرق عديدة واستخرج

جـراهام Graham وتلا مـفـرقـة في بحـوثهم هذه الاتجـاهات من خـلال المقابلات الشخصية ولعدد كبير من الفئات المرضية، وقد تم تحديد الاتجاه هذا من خلال عاملين:

الأول: ما يشعر نحوه الشخص إما بالسعادة أو الحزن.

الثاني: ما يرغب الشخص في المعرفة عنه أو عمله .

وقد تم استخلاص العديد من السمات النفسية التي تميز أصحاب مرض معين من الأمراض النفسجسمية كالآتي:

١- الأرتكاريا Articaria: حيث يشعر الشخص المصاب بهذا المرض الذي يحتوي على عامل نفسي أنه مهزوم وهزيل، وأنه يشعر بالضعف والخوار الذي يجعله عاجزًا عن عمل شيء ما .

٢- القولون المتقرح Ulcerativer Colitis: حيث يشعر المريض وكأنه مصاب بداء أو أذى، ويرغب في التخلص من المسئولية.

٣- الربو والتهاب الأنف A Sthma and Rhimits: حيث يشعر المريض وكأنه قد ترك في البرد، ويريد الابتعاد عن المواقف وعن الأشخاص (أي أنه يشعر ببرودة تجعله يتجنب لقاء الآخرين) .

٤- قرحة الاثني عشر Dvodenal Ulcer حيث يشعر المريض بالحرمان ويريد الانتقام والثأر من مسبب هذا الشعور بالحرمان .

٥- ضغط الدم الجوهري Essential Hypertension: حيث يشعر المريض بالتهديد والأذى ويضطر إلى الاستياء لأي شيء.

٦- الصداع النصفي Migvaine حيث يشعر المريض بالتهديد والأذى، ويضطر إزاء ذلك إلى الشعور بالاستياء تجاه أي شيء.

٧- آلام أسفل الظهر Lawe Backache : حيث نجد أن أهم سمة تميز هؤلاء المرضى هي العمل إلى درجة الإنهاك .

إلا أن هذه الافتراضات من نوعية الاتجاهات التي تم اختبارها تجريبيًا في عدد من التجارب لعدد معين من الاتجاهات المحددة للدراسة مع

تحديد إلى أي مدى ترتبط بالتغيرات الفسيولوجية مع صورة الاضطراب التي يمكن استثارتها بهذه الطريقة. (أمال باظة، ١٩٨٦، ص ص ٣٢-٣٣)

تلك كانت باختصار أبرز أهم التفسيرات التي قدمت لأسباب نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية.

ورأينا في هذه القضية هو ضرورة أن تتبنى وجهة النظر التي تعتمد على العوامل المتعددة Multifactorial في محاولة لفهم هذه الاضطرابات المميزة... وهو نفس الرأي الذي يذهب إليه كل من أولتماز ودافسيون (٢٠٠٠) وتأكيدهما على ضرورة أن يأخذ الباحثون في اعتبارهم الاستعدادات الفيزيقية والطرق النفسية الشديدة الخصوصية في الاستجابة للتوتر. (أولتمانز & دافسيون ، ٢٠٠٠، ص ٨٥)



مراجع الفصل

أولا: المراجع العربية:

١- أمال باظة (١٩٨٦) : **العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين**، دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

٢- أولتمانز & نيل دافسيون (٢٠٠٠): **دراسات حالة في علم النفس المرضي**، ترجمة رزق سند، القاهرة، دار الحكيم للطباعة .

٣- جبالى نور الدين (١٩٨٩): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية**: دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٤- لطفي فطيم (١٩٧٩): **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

5- Alexander, F. (1990): Fundamental Concepts Psychosomatic Research, Psychosomatic Medicine, New York, M edition.

6- Knap, A (1980): Currient the ovetical concepts in Psychosomatic Medicine in Hoydd, K. Freedman and Benjamin: Comprehensive textbook of Psychiatry, Vol, 11, London, Williams & Wkins Baltimoro.





مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسجسمية



- نبذة تاريخية مختصرة عن بدايات التشخيص.
- الدليل التشخيصي لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية.
- الشروط الواجب توافرها في القائم بعملية التشخيص.
- العلاقة بين التقييم والتشخيص والتنبؤ.
- التشخيص: معناه - أهدافه - أهميته - التشخيص الفارق.
- أبعاد التشخيص.
- التشخيص النشوئي.
- التنبؤ في الطريقة الأكلينيكية.
- تصنيف الاضطرابات.
- الاضطرابات النفسجسمية في الدليل التشخيصي والإحصائي.
- مراجع الفصل.

مدخل إلى تشخيص الاضطرابات النفسجسمية

يحسن بنا قبل أن نتعرف على التشخيص في الاضطرابات النفسجسمية أن نعطي للقارئ فكرة مختصرة عن مراحل تطور التشخيص.

نبذة تاريخية مختصرة عن بدايات التشخيص:

بالرغم من أن النظرة الحديثة ترى أن عملية التشخيص عملية حديثة، إلا أنه في الواقع أن التشخيص ومحاولاته التأريخ له ضارب بجذوره منذ القدم.

وسوف نستعرض في عجالة بعضًا من هذه المحاولات الآتية:

الأول: إن التشخيص لم يبدأ حديثًا كما يظن البعض .

الثاني: إن هناك بعض المحاولات الصائبة في تاريخ التشخيص.

فقد بدأت التصنيفات العقلية مع «أبقراط» والذي قسم الأمراض العقلية إلى هوس **Mania** والمانخوليا **Melancholia** والخبل **Dementia** غير أن معانيها لم تكن محددة، وظل الأمر كذلك حوالي ألفي سنة نتيجة الاعتقاد السائد آنذاك أن سبب الأمراض العقلية هو عوامل غيبية.

ويضف «كمف» **Kempf** الأمراض النفسية إلى: الأعصاب والذهان وأنهما ينشآن عن اضطراب وظائف الجهاز العصبي المستقل والاضطرابات الوجدانية الانفعالية **Autonomic Affective Function**، وهو يقسمهما إلى: عصاب طيب **Bening** وعصاب خبيث **Pernicous**، ثم يقسمه إلى عصاب القمع **Suppression**، وعصاب الكبت **Repression**، وعصاب التعويض **Compensa-tion**، وعصاب النكوص (عطية هنا، سامي هنا، ١٩٧٣، ص ص ٧٠-٧٢) .

كما كان لإسهامات «السيرفرانسيس جالتون» (والذي اهتم بدراسة الفروق الفردية) دورًا في الارتقاء بعلم النفس الإكلينيكي والتشخيص أيضًا، حيث اهتم بدراسة خصائص شخصيات العظماء والمشاهير والاهتمام ببحث

موضوع الملكات الإنسانية والعقلية. وانتهت كل هذه التجارب والمحاولات بإرساء قواعد علم النفس الفارق، وجاء كاتل Cattel يستكمل محاولات جالتون انتهت إلى إرساء قواعد تأسيس وتطوير المقاييس والاختبارات النفسية . (إيمان فوزي ، ١٩٩٧، ٧) .

كما يعد التصنيف الذي قدمه «كرابيلن» من أشهر التصنيفات التشخيصية في مجال الطب النفسي وعلم النفس لدرجة أن جمعية الطب النفسي الأمريكي Psychiatric A Mercian Association قد تبنت الخطوط العريضة لهذا التصنيف، وبمقتضاه تم تحديد عدة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية هي:

١- الأعصبة Neuroses .

٢- الذهان العضوي Organic Psychosis .

٣- اضطرابات الشخصية Personality Disorders .

٤- التخلف العقلي Mental (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨، ص ٤١).

الدليل التشخيصي لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين DSM :

وقد صدرت حتى الآن أربع مراجعات (DSMIV, 1999) تم تعديل مراجعات للأربع مراجعات ظهر عام ٢٠٠٠ (A. P. A. 2000) والدليل التشخيصي لجمعية الأطباء النفسيين في لندن، وقد صدرت منه حتى الآن عشر مراجعات ICD 10, 1992 وقبل أن نختتم هذه العجالة في الحديث عن تاريخ التشخيص النفسي الطبي يجب أن نشير إلى أمرين:

الأول: إن وجود دليل يصنف الأعراض، ويصنف الأمراض في فئات مرضية معينة لاشك أنه يوفر الوقت والجهد، ويخلق لغة مشتركة بين كافة المتخصصين في الاضطرابات النفسية والعقلية في أنحاء العالم ووجود دليل تشخيصي وإجراء العديد من المراجعات وفقًا لما تسفر عنه الدراسات والبحوث والبيانات هام جدًا؛ لأنه بدوره يعكس حالة من الرغبة في التقدم والتطور وعدم إغفال أي صفات أو ملاحظات .

الثاني: وجود العديد من العلماء الذين يعترضون على هذا التشخيص وحصره في دليل ويستندون في ذلك إلى مجموعة من الأسباب منها: أن تصنيف الشخص في فئة مرضية محددة أمر لا يفيد، كما إنه يعكس الانطباعات التي ستستقر في الأذهان عن هذا الشخص وأن الحالة النفسية تكون نادرة، إضافة إلى وجود تداخلات بين بعض الفئات عن هذا الشخص وبعض الفئات المرضية بعضها البعض... إلخ هذه المبررات التي هم على حق في إثارتها إلا أن الضرورة رغم كل ذلك تقتضي وجود دليل تشخيصي متفق عليه من الأغلبية للتعامل مع الفئات المرضية .

الشروط الواجب توافرها في القائم بعملية التشخيص:

لابد من توافر مجموعة من الشروط في الشخص الذي سيتصدى لعملية التشخيص حيث إن القيام بعملية التشخيص في حد ذاته أمرًا ليس من السهل القيام به.

ونرى أن القائم بالتشخيص لابد من أن تتوافر له مجموعتان من الشروط هما :-

أولاً: الشروط المهنية:

- تدريب أكاديمي معين.
- التدريب في مجال الاضطرابات النفسية والعقلية تحت إشراف.
- خلفية أكاديمية لا بأس بها وأن يكون خريج قسم علم النفس على الأقل.
- الاطلاع المستمر على أحدث وسائل وطرق التقييم في مجال تخصصه.
- أن يكون واسع الاطلاع في مجال علم النفس والعديد من فروع العلوم الإنسانية الأخرى.

ثانياً: الشروط الشخصية:

- أن تكون اتجاهاته نحو العمل مع المرضى والمضطربين إيجابية، أي يتقبلهم على حالتهم كما هم وليس كما يجب أن يكونوا .

- أن تكون لديه المهارة في جمع المعلومات .
- أن تتكون لديه الانطباعات الإكلينيكية فور رؤيته للمريض.
- أن تكون لديه القدرة على الاستماع الجيد وعدم مقاطعة المريض (عمال على بطال والدخول في جدل عقيم) .
- أن يكون قادرًا على إثارة التساؤلات الهامة من التي تصب مباشرة إلى قلب الموضوع .
- أن يكون موضوعي في تعاملاته مع مرضاه .
- أن يكون قادرًا على أن يفصل بين ما هو ذاتي - شخصي مرتبط به وبين ما هو موجود لدى الآخر.
- أن يتمتع بدرجة لا بأس بها من السواء؛ لأن الحقيقة التي لا يجب أن تغيب عنا لحظة أن السواء خرافة لا وجود له في أرض الواقع.

العلاقة بين التقييم والتشخيص والتنبؤ:

بالفعل هناك علاقة ارتباطية بين الأطراف الثلاث، وكلما كان التقييم جيدًا أو سليمًا كان ما يترتب عليه من أمور أخرى جيد والعكس بالعكس.

وإذا كان التقييم الخطوة الأولى فلابد للإكلينيكي أن يستفيد ويوظف كافة المعلومات التي جمعها عن المريض مثل:

- سبب الإحالة.
- وصف العميل لصعوباته الشخصية .
- لماذا كان التفكير في الحصول على المساعدة الآن (لماذا الآن وليس قبل ذلك؟) .
- التاريخ الزمني للصعوبات .
- وضع العميل: الأدبي، الوظيفي، السكني ومع من يعيش؟
- رأي العميل في العجز الناتج عن الصعوبات التي يعانيها في العمل في العلاقات الاجتماعية... إلخ ورأيه في ذلك .
- كيف يتعامل العميل مع الصعوبات والإحباطات التي يواجهها .

- محتوى الأفكار؟
- طبيعة الانفعالات؟
- الأداء العقلي والمعرفي .
- تاريخ الأمراض الجسمية الخطيرة .
- التاريخ الارتقائي والتعليمي المهني والجنس والزواج..إلخ لأن كل ما سبق سيترتب عليه تحديد مشكلة المريض الأساسية ثم المشاكل الفرعية (أي التشخيص)، وبعد ذلك العلاج وأي نوع من العلاج سيفيد مع الحالة.

وهكذا يتضح من خلال هذه العجالة أن العلاقة ارتباطية ووثيقة بين الأطراف الثلاثة .

معنى كلمة تشخيص:

استمدت كلمة تشخيص Diagnosis من أصل إغريقي وتعني الفهم الكامل Through Understanding . والتشخيص يعني في الطب النفسي وفي علم النفس خطوات أساسية تتضمن الوصف وتحديد الأسباب.

والتصنيف والتحليل الدينامي ويقصد التوصل إلى افتراض عن طبيعة وأساس مشكلة المريض، ويقصد بالتنبؤ: رسم خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها . أي أن التشخيص يتطلب في مجال علم النفس الإكلينيكي بالنسبة للأخصائي النفسي الإكلينيكي أو أي عضو من أعضاء الفريق النفسي الإكلينيكي - أن تجمع وتحصر كل المعلومات المتاحة عن المريض ثم تحلل وتنظم بغرض فهمها ووضع خطة للمريض تتعلق بمجالات الاضطراب ومحاولة تغيير أساليب المريض في مواجهة هذه المجالات. معنى ذلك أن التشخيص يتطلب للوصول إلى حالة الفهم الكامل للمريض ودراسته في إطار نظرتين: نظرة رأسية، ونظرة أفقية. والنظرة الرأسية هي دراسة عمليات الارتقاء من مستويات بسيطة غير متمايزة إلى مستويات مركبة ومتمايزة لكي يمكن تتبع كل مظاهر النمو وما تعبر عنه من خصائص مميزة في سلوكه ومواجهته لواقعه وأي الأساليب توظف في إطار علاقته بنفسه أو

بالآخر والواقع. أما النظرة الأفقية فهي دراسة التأثير المتبادل بين الفرد والبيئة الداخلية والخارجية لكي يمكن معرفة مظاهر سوء توافق المريض. وفي أي المجالات، لكي نتعرف على خصائص الحالة التي يظهر في إطارها الاضطراب. (مصطفى كامل، ١٩٩٣، ص ٢٠١)

أهداف التشخيص النفسي:

تتعدد الأهداف ويمكن إجمالها في النقاط الآتية:

١- تحديد العوامل المسببة للمرض.

٢- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.

٣- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

٤- تقييم درجة العجز الوظيفي.

٥- تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها.

٦- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب .

٧- تحديد الأسس التي يبنى عليها اختيار منهج علاجي معين.

٨- تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.

٩- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائيًا.

١٠- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.

(لويس مليكة، ١٩٨٠، ٤٨)

أهمية التشخيص المبكر:

كقاعدة عامة كلما كان تشخيص المشكلة مبكرًا كلما كانت فرص العلاج والنجاح أفضل. هذه القاعدة تنطبق على كافة المشاكل والاضطرابات والأمراض سواء أكانت جسمية أم نفسية أم عقلية أم انفعالية أم سلوكية وغيرها. بيد أن هذا التشخيص المبكر يتطلب العديد من الشروط من أهمها وأولها- من وجهة نظرنا- هو الوعي الصحي الثقافي بالمشكلة وفهم المحيطين ووعيهم، إضافة إلى التعاون الفعال بين المريض وبين أعضاء الفريق العلاجي، بغير ذلك فلن يتم اكتشاف المبكر وبالتالي توافر فرص العلاج.

التشخيص الفارق:

هو مصطلح مستعار من الطب وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضية أو أكثر لتقدير أي منهما هو الذي يعاني منه المريض. ويحتم التشخيص الفارق على المعالج سواء أكان معالجًا نفسيًا أو طبيبًا نفسيًا أن يحيط علمًا بطرق وأساليب زميله (من أعضاء الفريق العلاجي) في الفحص والتشخيص ورسم خطة العلاج، ولعل من أهم دواعي حالات التشخيص الفارق هو حالات مرضية تأخذ شكلاً عضويًا إلا أنها تكون نفسية المنشأ. وهكذا تتعدد حالات واضطرابات وأمراض لا تستطيع الادعاء بوقوعها تحت تصنيف مرض محدد، بقدر ما تختلط الأمور لتحديد أكثرها موضوعيًا وعلميًا أي التصنيفات نستطيع أن ندرج المرض أو المشكلة في إطارها. مثل الصرع هل هو هستيري أم عضوي... وهكذا .

وعلى العموم فإن التشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بالعديد من الأمور لحسم العديد من القضايا المثارة (حامد زهران، ١٩٩٧، ١٧٣: ١٧٤) .

الخطأ في عملية التشخيص:

قد يخطئ الأخصائي النفسي - أو أي عضو من أعضاء الفريق العلاجي- وهذا أمر وارد - في عملية التشخيص، وبالتالي فإن عدم تدارك مثل هذا الخطأ في وقت مبكر قد يتداعى له العديد من الأخطاء. ولعل تدارك الأسباب أو العوامل التي تقود إلى الخطأ في التشخيص يمكن أن تجنبنا هذه الأخطاء مستقبلاً. ويمكن إجمالها فيما يلي:

١- التخمين والاعتماد على الصدفة، أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع .

٢- الكذب وعدم إظهار الحقيقة فيما يدلي به المريض من معلومات في المقابلة أو في الاختبارات النفسية.

٣- الإدراك المباشر، فقد يدرك الشخص صاحب المشكلة الحل الصحيح دون السير في عمليات بينية يهدف الأخصائي الكشف عنها.

٤- العمليات غير المتعلقة بالموضوع الذى نبحثه أو نتعلمه من موقف الفحص.

طرق التغلب على هذه الأخطاء:

١- للتغلب على عدم فهم التعليمات: يجب إفهام الشخص صاحب المشكلة معنى المصطلحات والكلمات الخاصة والتأكيد على ذلك وعدم البدء إلا بعد التأكد من فهم هذه التعليمات وأن تكون سهلة.

٢- للتغلب على عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية الفحص يجب التأكد من انتباه المفحوص باستمرار والاستعانة بالدليل العملي على ذلك .

٣- للتغلب على مشكلة التخمين أو الاعتماد على الصدفة أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع يجب التغلب بالطرق الإحصائية على أثر التخمين ووجود عدد كبير من فقرات الاختبار، وإحداث توازن عكسي، والتوزيع العشوائي لفقرات الاختبار حتى لا يعي الشخص صاحب المشكلة بطبيعة الهدف من الاختبار.

٤- للتغلب على مشكلة الكذب يمكن أن يتضمن كل اختبار نفسي مقياسًا للكذب (كما هو الحال في اختبار الشخصية المتعددة الأوجه) أو يمكن استخدام جهاز كشف الكذب في بعض الحالات (حامد زهران، ١٩٩٧، ص ١٧٥).

أبعاد التشخيص:

لابد من تحديد أبعاد التشخيص للاضطرابات النفسية أو العقلية أو السلوكية ونستطيع تقسيمها إلى:

١- التشخيص الإكلينيكي Clinical Diagnosis:

وهو الذي يصف الأعراض الظاهرة ويضعها في صنف من أصناف الاضطرابات الرئيسية (عصاب - ذهان - اضطرابات شخصية) ثم ينتقل بعد هذا التشخيص العام إلى التحديد بصورة تفصيلية كأن يقول: «عصاب اكتئابي» وهكذا نتدرج حتى نصل إلى وصف مختصر للأعراض البارزة في تشخيص الحالة النفسية أو العقلية المعيبة.

٢- التشخيص الدينامي Dynamic Diagnosis:

في هذه الخطوة نهتم بتفسير وفهم العلاقة الدينامية بين الأمراض

والشخصية الكلية، ونهتم بالتساؤل في كل حالة مرضية عن كيفية نشوء المرض وبالصورة التي ظهر عليها، وفهم دوافع الشخص ومختلف الجوانب، إضافة إلى الاهتمام بالأعراض المرضية ودلالتها بالنسبة للشخص ومغزاها. ولماذا أتت الأعراض على هذه الصورة دون غيرها وكيفية حل المريض للضغوط والصراعات التي يتعرض لها. والقوى التي تصطرع بداخله واختلال التوازن، ونستطيع تحديد هذه القوى كالآتي:

(١) العوامل المرسبة الخارجية:

هناك عوامل خارجية قد تؤثر على توازن القوى الداخلية وقيمة هذه العوامل تعتمد على مدى قوة حفظ التوازن الداخلي، فإذا كان متماسكًا فإن العوامل الخارجية لابد وأن تكون قوية، بينما إذا كانت هشة فإن العوامل الخارجية يمكن أن تكون بسيطة. والعوامل المرسبة قد تكون قوية وذات وزن في حالة تعرض الفرد لخبرات صدمية عنيفة ومتتالية كما يحدث في حالات الحرب والسجن والتعذيب.

وتستطيع أن نصنف هذه العوامل إلى:

أ- عوامل جسدية:

مثل التعرض لمرض حاد أو شديد أو فقدان عضو من أعضاء الجسم.

ب- عوامل نفسية:

مثل الإحباط إزاء آمال تتعلق بالحب أو الجنس أو الطموح.

جـ- عوامل اجتماعية:

كأن ينتقل الفرد من بيئة إلى بيئة أو يفقد ممتلكاته أو العمل.

(٣) العوامل المرسبة الداخلية:

حيث نركز على قوة الأنا ومدى قدرتها على إقامة التوازن بين قوى الهو Id وقوى الأنا الأعلى Super ego، مع وصفه للوسائل الدفاعية المستخدمة. ذلك لأن الأنا هو البوتقة التي يلتقي فيها الداخل مع الخارج. وكل ما يحدث في الخارج له انعكاس في الداخل، ومقابل ذلك فإن كل ما يحدث في أعماق

الداخل سوف يكون له انعكاس مماثل في الأنا. وتتضافر العديد من العوامل التي تؤدي إلى إحقاف الأنا مثل الإرهاق المستمر الذي يساهم في إحقاف الأنا، أو قد يكون التراكم الغريزي المزمن الناتج عن عدم الإشباع كأن يكون الفرد معرضًا لفترة من الحرمان سواء أكان حرمانًا من التعبير عن رغباته الشبقية أو العدوانية مما يضيف إلى قوة الهو قوة تفوق درجة تفوق قدرة الأنا على التحكم فيها، أو قد تطفو هذه الرغبات على السطح بينما الواقع الخارجي مازال صارمًا مما يؤدي إلى مضاعفة هذه الطاقة المضادة ونقصد بها الأنا الأعلى لكي تقاوم الغرائز (الهو، الأمر الذي ينهك قوى الأنا فالتوفيق) وأحيانًا التلفيق بين القوتين المتعارضتين. قوى تدعو الفرد لأن يكون ملاكًا (الأنا الأعلى) والقوى الأخرى المضادة التي تدعوه لكي يكون بدائيًا وشيطانًا (الهو) ولعل ذلك يرمز إلى الصراع المستمر بين الخير والشر. هذا الصراع الأزلي / الكوني/ الناموس ليؤكد هذه الحقيقة الثابتة الأزلية.

(٣) التشخيص النشوئي Generis Diagnosis:

نعني بالنشوء العوامل المهيئة التي مهدت للعوامل المرسبة أن تأتي بمفعولها. وهذا الجانب من التشخيص يبدأ من العوامل الوراثية كما اتضحت من خلال تاريخ العائلة، ثم العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغيرها كما تبينت من نفس الدراسة ممتدة إلى تكوين الشخص الحالي، ثم ننتقل بعد ذلك إلى تقويم العوامل التكوينية المبكرة كما في الحمل والولادة، ثم تقويم للعوامل الصدمية وغيرها من عوامل وخبرات صادمة قد تعرض لها الفرد إبان حياته وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، ثم يتم - لسهولة التناول - تصنيف هذه العوامل إلى:

أ- العوامل الجسدية:

كافة الأمراض العضوية، والإصابات التي تعرض لها الفرد عبر مراحل حياته.

ب- العوامل النفسية:

مثل كافة الإحباطات ومشاعر القلق والخوف والانفعال التي تعرض لها الفرد ودرجتها وتأثيراتها.

جـ- العوامل الاجتماعية:

مثل كافة الظروف التي واجهها الفرد مثل التصدعات الأسرية أو الطلاق/ أو الانتقال من بيئة إلى أخرى، وكيفية مواجهة المواقف والعادات الاجتماعية ومدى خضوعه أو تمرده عليها (محمد شعلان ١٩٧٩، ١٦: ١٩ ص٢).

وختامًا لقضية التشخيص يجب التأكد على ضرورة الاستعانة بالعديد من الأساليب والوسائل والتي سبق التحدث عنها في الفصول السابقة- حتى نطمئن إلى التشخيص، (والذي هو في حقيقة الأمر وصم أو ختم لحالة شخص)، ولذا فإن تعدد الطرق هو أنسب وأفضل الوسائل للاطمئنان إلى مرحلة التشخيص.

التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية:

لا يخلو التشخيص المتكامل من آثار إلى توقعاتنا لتطور أو لمسار الحالة، وعما إذا كانت هناك مؤشرات تنبؤية **Prognosis** تشير إلى إمكانية تحسن الحالة من عدمه، وذلك بالأخذ في الاعتبار العديد من العوامل مثل: الحالة الجسمية للشخص/ بيئة المريض/ عمر المريض/ الذكاء والتعليم والثقافة/ كيفية مواجهة الفرد للضغوط والمشاكل؟ هل يواجهها أم يلجأ إلى ميكانيزم الهروب/ الظروف التي قادت إلى نشأة الاضطراب/ الدافع للعلاج/ تأثير الأعراض. أي أننا نأخذ في الاعتبار كافة الظروف المحيطة (الخارجية) والداخلية مجتمعة، ومن خلال تقييم شامل ودقيق وموضوعي لكل هذه المعلومات نستطيع أن نتنبأ بمسار الحالة وما لها وما إن كان سيئًا أم جيدًا وبأي درجة.

وعلى العموم تجتمع عدة عوامل تجعلنا نتنبأ بمآل الحالة إذا توافرت الشروط الآتية:

١- كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة.

٢- كلما كان ظهور المرض حديثًا ومدته قصيرة قبل بدء العلاج (في خلال ٦ شهور).

٣- إذا وضعنا أيدينا على الأساليب المهيئة بدقة وعرف السبب مرسب محدد.

٤- عندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة.

٥- إذا كانت الأعراض غير حادة.

٦- كلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة.

٧- إذا كانت نتائج الفحص الشامل (جسدي/ نفسي/ عقلي/ طبي).

٨- إذا كان التشخيص دقيقًا .

٩- إذا كان العلاج مبكر أو قبل حدوث أي تدهور في الشخصية.

١٠- إذا كان العلاج يتم بروح الفريق، وكل عضو من أعضائه.

١١- إذا كان تشخيص المريض قبل المرض متكاملة ومتزنة .

١٢- عندما تكون بصيرته أفضل .

١٣- عندما تكون البيئة والمتابعة - بعد العلاج - أفضل (حامد زهران ١٩٩٧، ٨٨:١٧٩). ونستطيع القول بإن عكس هذه العوامل السابق ذكرها- يستطيع أن يوقفنا على حقيقة التنبؤ الأسوأ أو مآل الحالة التي تعاني من اضطرابات.

وهكذا يتضح من هذا العرض المختصر السريع لكيفية التوصل إلى التشخيص مدى المهارة في استخدام الطريقة - أو الطرق - المناسبة- للحالة من جمع المعلومات على أساس أنها تكون الركيزة التي من خلالها يتم: التشخيص، ثم التنبؤ ثم العلاج، وهذا يقتضي بلاشك من الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلمامًا بالأمراض النفسية والعقلية والسلوكية، وأن يتم التفسير أو التشخيص أو العلاج وفقًا لنظرية - أو أكثر - من النظريات النفسية تكون منطلقًا نظريًا وعمليًا ينطلق من خلالها الأخصائي النفسي الإكلينيكي حتى تتضح هويته من البداية لأن تحديد الهوية سنبنى عليه العديد من الفروض والمسلمات والمعلومات .

تصنيف الاضطرابات:

لسنا في مجال السرد التتبعي لعملية تصنيف الأمراض عقب الحقب والعصور المختلفة، لك ما نستطيع ذكره في هذا المجال أن كافة المحاولات الاجتهادية والعشوائية عبر العصور، والاجتهادات الفردية قد تلخصت الآن في ملمحين أساسيين وهما :

الأول: تصنيف منظمة الصحة العالمية:

والذي يطلق عليه اختصارًا (I International Classification Diseases (C D وهذا التصنيف قد تم وضعه عام ١٩٤٦، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرًا إلى المراجعة العاشرة I C D عام ١٩٩٢ (I C D: Io, 1992) (وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط) «منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩».

وتم تصنيف الفئات المرضية - والتي تتدرج - كمثال - ضمن الاضطرابات السلوكية - في الفئات الآتية:

١- اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي في المخ .

٢- الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة.

٣- اضطراب الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطي الكحول .

٤- اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على تعاطي كحول أو عقاقير.

٥- اضطراب التوافق مع خلل مختلط في المشاعر والسلوك .

٦- اضطراب التوافق مع خلل أساسي في السلوك .

٧- الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بدنية.

٨- الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان آخر.

٩- عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر.

١٠- زملات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محدد .

١١- اضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين .

١٢- اضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسي.

١٣- اضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين .

١٤- اضطرابات شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .

١٥- المسلك السلوكي المصاحب للتأخر العقلي.

١٦- اضطرابات النماء.

١٧- اضطرابات سلوكية وانفعالية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

١٨- اضطراب سوء المسلك أو الجناح .

١٩- الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات .

٢٠- اضطرابات في اللوازم .

٢١- اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى غالبًا ما تظهر إبان فترة الطفولة أو في مرحلة المراهقة. (W H o, 1992)

الثاني: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية:

بما أننا سوف نستخدم هذا الدليل التشخيصي طوال عرضنا في هذا الكتاب للاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، لذا فسوف نطيل الحديث عنه قليلاً .

هذا الدليل تتوفر على إصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Association Psychiatric، والذي يستخدم أساسًا للتشخيص في العديد من دول العالم، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ باسم D S M - I، ثم صدرت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨ باسم DSM II وفي عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم DSM III وفي عام ١٩٨٧ تم إصدار طبعة من الدليل الثالث مراجعة باسم DSM - IIIR، وفي عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة باسم DSM-IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام ٢٠٠٠ (١) .

---

(١) في موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسي على شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بصدد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس عام ٢٠١١ .

ويرصد المتابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخرى. فالطبعة الثالثة على سبيل المثال - قد اختلفت عن الطبعة الأولى والثانية في إبراز بعض الملامح الجديدة والتي تمثلت في:

١- استخدام المنهج الوصفي: حيث يكتفي الدليل بوصف الاضطرابات والتلازمات الإكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الاضطرابات .

٢- استخدام المحكات التشخيصية: حيث وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض، تم جمعها بواسطة الملاحظة الإكلينيكية ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة مرضية.

٣- الوصف المنهجي: حيث اعتمد الدليل في وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية، وإن كان يعتمد أحيانًا على المتغيرات الشخصية والزمنية مثل السن عند بداية المرض، أو مدة استمرار الأعراض .

٤- تحديد شدة الاضطراب: لا يكتفي مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية؛ بل إنهم ذهبوا إلى صياغة التعريفات الخاصة بشدة الاضطراب مثل:

طفيف - متوسط - شديد، أو متحسن جزئيًا، أو متحسن تمامًا .

٥- تعدد المحاور: يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى في أنه لا يكتفي بتحديد التشخيص الإكلينيكي؛ بل شمل بالإضافة إلى الحالة الإكلينيكية تحديدًا لاضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والأداء العام، وذلك من خلال خمسة محاور هما:

المحور الأول: التشخيص الإكلينيكي فصام أو اكتئاب ... إلخ (مثلاً).

المحور الثاني: اضطراب الشخصية أو الاضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل اعتلال الشخصية من النوع البارانويدي أو اضطراب المسلك .

المحور الثالث: الأمراض العضوية .

المحور الرابع: الضغوط النفسية والاجتماعية .

المحور الخامس: تقويم الأداء العام.

٦- الاستغناء عن مصطلح عصاب واستخدام مصطلح ذهان في أضيق الحدود.

٧- التعامل مع التشخيصات غير الواضحة: وهذا من أهم مزايا هذا الدليل.

٨- طريقته في التعامل مع الحالات التي يصعب البت فيها بأمر قاطع وضمها إلى فئة تشخيصية (لم يتم تحديده بعد).

وصف الدليل:

المحور الأول: **AXIS I** ويشمل هذا المحور التشخيصات الإكلينيكية وكان عددها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع **DSM-III R** (١٨) فئة تشخيصية.

المحور الثاني: **AXIS II** ويشمل هذا المحور اضطرابات الشخصية واضطرابات الطفولة والمراهقة.

المحور الثالث: **AXIS III** ويشمل إمكانية الإصابة بأمراض عضوية أو إصابات مثل: ارتفاع ضغط الدم (أو انخفاضه) السكر، الصرع، كسر في الفخذ...إلخ.

المحور الرابع: **AXIS IV** ويشمل الضغوط النفسية الاجتماعية محور (٤) بالفون .

ضغوط حادة	ضغوط متصلة
أقل من ٦ شهور	أكثر من ٦ شهور
وفاة زوج	خلافات زوجية مزمنة

الرمز	المسمى	نماذج	
		حاد	متصل
١	لا يوجد	–	–
٢	طفيف	التخرج	عدم الرضا عن العمل
٣	متوسط	زواج – تقاعد	مشاغل مالية
٤	شديد	طلاق	بطالة
٥	بالغ	اغتياب	مرض عضوي، مرض خطير
٦	كارثي	وفاة طفل ، كارثة طبيعية	الأسر، الاعتقال
الرمز	معلومات غير كافية أو عدم حدوث تغيير		

أنواع الضغوط:

١- زواجية.

٢- أبوية .

٣- شخصية أخرى .

٤- مهنية .

٥- معيشية .

٦- مالية .

٧- قضائية .

٨- أمراض وإصابات عضوية .

٩- أخرى.

١٠- عوامل أسرية .

المحور الخامس: Axis V تقييم الأداء العام:

سلم تقويم الأداء الوظيفي العام:

ويحسب عن أفضل أداء للمريض في السنة السابقة على تاريخ التقويم.

- يشمل (٣) مجالات: العلاقات الاجتماعية، الأداء المهني، الأداء النفسي.
- يتم تحديد الأداء الحالي والأداء السابق.
- يبدأ السلم من ١ وينتهي عند ٩٠ كالآتي:

٨١- ٩٠ : **أعـراض طفـيـفـة:** أداء جـيـد فـي كل المجـالات التي تهم الشخص أنشطة عديدة، ويشارك فيها كفرد من الناحية الاجتماعية، راضي عن حياته بشكل عام، لا يعاني إلا من مشاغل معتادة مثل مشاغل الحياة اليومية العادية (خلاف طارئ وعابر مع بعض أفراد الأسرة).

٧١-٨٠: إن وجدت أعراض يمكن اعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة للضغوط النفسية والاجتماعية مثل: صعوبة في التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة، مجرد عجز طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الدراسي.

٦١-٧٠: بعض الأعراض الخفيفة (اكتئاب وأرق عابر) أو وجود بعض الصعوبات في الأداء الاجتماعي، المهني، أو الدراسي، الأداء بصفة عامة، ويحتفظ الشخص ببعض العلاقات التي لها وزنها مع الآخرين.

حالة توضيحية:

محور (١): اضطراب ضلال - متوسط (٣).

محور (٢): شخصية ضلالية - (بارانويدي) متوسط.

محور (٣): ارتفاع في ضغط الدم .

محور (٤): ضغط نفسي اجتماعي بالغ (٦) وفاة الزوجة.

محور (٥): عجز جسيم في العمل (٤٠)، تجنب العلاقات الوثيقة، يتشكك في زملائه في العمل (أو الدراسة)، يتغيب بكثرة (عن العمل أو الانتظام في الدراسة)، نظرًا لكثرة تكرار نوبات الصداع.

وكل ما سبق يقود إلى:

١- إن التشخيص يأخذ العديد من الصور أو المحكات .

٢- إن التشخيص السليم يقود إلى وضع الفرد في فئة تصنيفية (تنطبق إلى حد ما مع حالته الفعلية) .

٣- إن ما سبق من ذكر المحاور الخمسة تفصيلاً يقود إلى إجراءات علاجية جيدة ومناسبة مع الحالة المرضية .

٤- إن كل ما سبق قد أدى إلى إصدار طبعة من الدليل الثالث للمراجعة. **(DSM III R, 1987)**

- إن الدليل الرابع الذي صدر عام ١٩٩٤ كان نتاجًا لعمل (١٣) مجموعة عمل كل منها كان مسئولاً عن قسم في هذا الدليل، حيث يبدأ بالتعليمات

الخاصة بكيفية استخدامه، يليها تصنيف الدليل الرابع الذي يقدم قائمة منظمة بالرموز والفئات الخاصة بكل اضطراب، يلي ذلك وصف لنظام التشخيص متعدد المحاور في هذا الدليل، ثم بعد ذلك يقدم المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يمكن الحكم عليه، وما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية أم لا، ثم شرح وصفي لكل اضطراب.

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ص ٤٧-٤٨)

وهذا الدليل الرابع على (٢٩٧) فئة تشخيصية مقابل (٩٢) فئة تشخيصية في الدليل الثالث للمراجع، وبالرغم من هذا التحوط وإجراء التعديلات والمراجعات إلا أنه يؤخذ على الدليل التشخيصي والإحصائي العديد من الملاحظات الآتية:

١- إن الاضطرابات المتواجدة معًا في الشخص الواحد **Comorbidity** وهي ظاهرة واسعة الانتشار؛ إذ إن الحالة النفسية تكاد تكون نادرة وتمثل الظاهرة مشكلة في التقييم وفي العلاج.

٢- عدم التجانس داخل الفئة الواحدة وظهور أعراض مختلفة تقع بين الحدود التشخيصية والتي تعبر عنها فئة: تشخيص غير محدد نوعيًا.

٣- مشاكل تنظيمية مثل وضع اضطرابات في فئة معينة، بينما يرى آخرون أنه يجب أن توضع في فئة مختلفة.

(لويس مليكة، ١٩٩٧، ص ص ٧٧-٧٨)

إلا أن كل ذلك لا يحول دون استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع وتشخيص العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التي سوف نتعرض لها في هذا الكتاب .

إن وجود دليل تشخيص (متفق عليه من أغلبية أطباء النفس وفي أماكن مختلفة من العالم) أفضل بكثير من عدم وجود هذا الدليل، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن مسألة التصنيف هي مسألة إنسانية أي يقوم بها الإنسان، وأن الظواهر (سواء إنسانية أو غير ذلك) لا توجد مصنفة في الواقع.

وإذا كانت هنالك انتقادات توجه للتصنيف فيجب أن تنصب في التفكير في كيفية تحسين هذا التصنيف.

الاضطرابات النفسجمية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

وردت الاضطرابات النفسجسمية في العديد من الأدلة التشخيصية.

ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع **DSM IV** قام المؤلفون ببيان أن العوامل النفسية تؤثر على الحالة الطبية، وأن تلك العوامل يمكن أن تشمل أيًا من المحور I مثل اضطرابات الحصر **Anxiety Disorders** أو المحور II مثل حالات اضطرابات الشخصية **Personality Disorders** إنها أيضًا تشمل العوامل النفسية التي ليست من الحدة بما يكفي؛ لأن تسمى اضطرابات عقلية، ومع ذلك يُعتقد أن مثل هذه الاضطرابات رغم أنها تأخذ شكلاً جسديًا، إلا أن أسبابها نفسية، وأن هذه العوامل النفسية تلعب دورًا في هذا الاضطراب الطبي مثل أسلوب الحياة المتراخي الذي يتميز بكثرة الجلوس **(DSM IV, 1994)**.

ولذا يقر الأطباء بوجود تهيؤات استعدادية **Disposations** للمرض، والتي لا تعني حتمية الإصابة به، إلا أنه غالبًا ما يظهر عندما لا يستطيع الشخص - أو يواجه على نحو خاطئ- نفسيًا أو فسيولوجيًا بعض الأحداث المكربة كالطلاق، أو فقد عزيز مثلاً، فيتفاعل الاستعداد المسبب لمرض بعينه من الآثار الناجمة وعلى نحو نفسجسمي- فتقع الإصابة بهذا المرض، وتؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية في بعض جوانب التهيؤ الاستعدادي وبدء المرض ومدة الإصابة به.

انظر: محمود أبو النيل ١٩٩٤؛ **Coltmanns, & Emery, 1998**

كما وردت الاضطرابات النفسجسمية في الدليل التصنيفي العاشر تحت عنوان الاضطرابات جسدية الأعراض، حيث يتكرر في هذا التقسيم إحساس المريض بأعراض جسمية، يصر على أنها في حاجة إلى طبيب يعالجها أو محلل معملي يفحص كل ما يتصل بها، بالرغم من التأكد من خلوه من أي مرض قد يتسبب في ظهورها وحتى إذا أشار المعالج أو أقرباء

المريض، إلى أن هذه الأعراض الجسمية تتزامن بوضوح مع أحداث غير سارة في حياة المريض أو مع نوع من الصراعات التي يمر بها، وأنها لا يمكن أن تكون نفسية المنشأ، وفي معظم الحالات يشترك عامل جذب الانتباه في إحداث أو استمرار الاضطراب الجسمي الذي يعاني منه المريض خاصة إذا ما فشل في إقناع الطبيب بأن داءه حقيقي فعلاً، وأنه بحاجة إلى علاج أو إلى المزيد من الفحوص.

ويصنف تحت هذا التقسيم توهم الإصابة الجسدية وتوهم المرض والخلل الجسمي الأوتونومي (التلقائي)، وتوهم الألم المتواصل بالإضافة إلى العديد من الأنواع الأخرى التي يتوهم فيها المريض إصابة محددة بجهاز معين (محدد) في جسده. (WHO, 1992)

الاضطرابات النفسجسمية في الدليل التشخيصي والإحصائي:

جاء ذكر الاضطرابات النفسجسمية في العديد من الأدلة التشخيصية أبرزها الدليل التشخيصي الإحصائي .DSM حيث إن مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية قد استخدم في التصنيف مرتين، الأول للطب النفسي DSM 1, 1952 ثم حل محله اصطلاح: الاضطراب، السيكوفسيولوجية الحشوية والذاتية بداية من التصنيف الثاني في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM II 1968 ، وقد استخدم ليدل على مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بأعراض فسيولوجية سببتها عوامل انفعالية، وهي تصيب جهازًا عفويًا واحدًا - على الأقل- من أجهزة الجسم وغالبًا ما تخضع لتأثير الجهاز العصبي اللاإرادي، وقد تظهر هذه التغيرات الفسيولوجية السيئة لها العضو جراء الحالة الانفعالية السيئة التي سبقت أو رافقت الإصابة الفسيولوجية. (Caplan, 1984, p. 1983)

وقد تضمنت الاضطرابات التي أدرجت في التصنيف الثاني خمس مجموعات رئيسية من الاضطرابات هي:

١- مجموعة الأعراض الدفاعية .

٢- التأخر العقلي.

٣- الذهانات الوظيفية (الفصام - الاضطرابات الوجدانية - حالات البارانويا) .

٤- الاضطرابات السيكوفسيولوجية . (DSM II, 1988)

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM III, 1980 أضيفت بعض الاضطرابات الجديدة، وحذفت بعض الاضطرابات في القدمة إلى جانب إيراد تعريف دقيق لكل اضطراب، والتأثيرات الفسيولوجية التي تتأثر من جراء (الحالة الانفعالية السيئة)، وأنت تجد صعوبة في فصل العامل النفسي عن غيره من العوامل، وأن (زملة) مجموعة من العوامل تقود إلى هذا الاضطراب النفسجسمي. (DSM III , 1980)

كما ورد ذكر الاضطرابات النفسفسيولوجية في دليل تشخيص الأمراض النفسية الصادر عن الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٩). حيث تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بوجود أعراض جسمية نتيجة للعوامل الانفعالية، وتشمل عضوًا واحدًا من الأعضاء التي تغذيها أعضاء الجهاز العصبي الذاتي (الأوتونومي)، وتتضمن المظاهر الفسيولوجية تلك التغيرات التي تصاحب عادة الحالات الانفعالية، إلا أن التغيرات في الحالات النفسفسيولوجية تكون أكثر شدة وأطول بقاء، وقد لا يكون الشخص واعيًا بحالته الانفعالية.

وفي حالة ما إذا وجد - بالإضافة - اضطراب نفسي فإنه ينبغي تشخيصه منفصلاً سواء كان مسئولاً عن الاضطراب العضوي المصاحب أم لا. (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩، ص ٧٠)



المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨): **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢- الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٩): **دليل تشخيص الأمراض النفسية**، القاهرة، الجمعية المصرية للطب النفسي.

٣- إيمان فوزي (١٩٩٧): **التشخيص الإكلينيكي**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٤- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٥- حامد زهران (١٩٩٧): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الثالثة.

٦- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٥): **العلاج النفسي**، الإسكندرية، منشأة المعارف.

٧- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث - أساليبه وميادين تطبيقه**، القاهرة، مطبعة الموسكي، الطبعة الثانية.

٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): **علم النفس الإكلينيكي**، الرياض، دار المريخ.

٩- عطية هنا، سامي هنا (١٩٧٣): **علم النفس الإكلينيكي**، القاهرة، دار النهضة العربية .

١٠- فرج طه، حسين عبد القادر، شاكر قندل، مصطفى كامل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، القاهرة، دار سعاد الصباح.

١١- لطفي الشربيني (١٩٩٩): **الاضطرابات النفسية: حقائق ومعلومات**، القاهرة، كتاب الشعب الطبي، دار الشعب.

١٢- لويس مليكة (١٩٨٠): **علم النفس الإكلينيكي**، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.

١٣- لويس مليكة (١٩٩٧): **علم النفس الإكلينيكي** - الجزء الأول : تقييم القدرات، القاهرة، مطبعة فيكتور كرلس.

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٨): **اتجاهات حديثة في العلاج النفسي**، القاهرة، مكتبة مدبولى .

١٥- محمد حسن غانم، مجدي زينة (٢٠٠٥): **اضطرابات الشخصية لدى فئات غير إكلينيكية مصرية**، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة، الحولية الثانية، إبريل.

١٦- محمد شعلان (١٩٧٩): **الاضطرابات النفسية في الأطفال**، الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.

١٧- محمود أبو النيل (١٩٩٤): **الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربية .

ثانيا: المراجع الأجنبية:

18 - American Psychiatric Association (1952) Diagnostic and Statisti cal Manual of Mental disorders washington. DC.

19- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washhington, DC.

20- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic (Brd. e. rev.) washingstion D C.

21- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statisti cal Manual of Mental disorders washington. DC.

22- American Psychiatric Association (2000): Diagnotic and Statistical Manual of Mental disorders, (4th ed- TR). Washington, DC.

23- Caplan, G. (1981): Mastery of Stress Psychosocial aspects, American Journal Psychiatrist Vol., 52, No. 4, pp. 413-420.

24- Kaplan, H. A Sadock. h. (1996) Pocket Hand book of clinical Psychiatry. London, williamms & Wilikins, Second Edition.

25- Oltmanns, T. & Emery, R (1998): Abnormal Psychology New Jersey, Prenticehall, 2nd ed.

26- World Health Organization (1992) The ICD - 10 classi Fication of Mental and behaviorl disorders, clinical descriptisn and diagnostic guidelines . Geneva.



الاضطرابات الجسدية الشكل

Somato Form Disorder



- أنواع الاضطرابات جسدية الشكل:

١- اضطرابات التبدين: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٢- الاضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٣- اضطراب التحول: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٤- اضطراب الالم: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٥- توهم المرض: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٦- اضطراب توهم تشوه الجسم: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٧- الاضطرابات المصطنعة: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

٨- التمارض: الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص.

- أسباب الاضطرابات الجسدية الشكل.

- علاج الاضطرابات الجسدية الشكل.

- مسار ومآل الاضطرابات الجسدية الشكل.

- مراجع الفصل.

الاضطرابات الجسدية الشكل
Somato Form Disorder

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة، وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني.. ويوجد في هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيري) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في إقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات.

(أحمد عكاشة ١٩٩٨)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي:

وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص إضافة إلى عدم توافر أية آلية فسيولوجية توضح علامات الاضطراب، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلاً عضويًا في حين أن أسبابها تكون نفسية.

أنواع الاضطرابات الجسدية الشكل:

تأخذ هذه الاضطرابات الأنواع والأنماط الآتية:

١- اضطراب التبدين Somatisation Disorder:

مدى انتشاره:

- تبلغ نسبة انتشاره بين السكان (في أي دولة) من ٠,٥ ١٪ إلى ٠,٠٥ ٪ .
- وجدت الملاحظات الكلينيكية ونتائج العديد من الدراسات الوبائية التي أكدت أن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور.

- وجدت - أيضًا - الملاحظات والدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة .
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدنيا (ذات الخصائص الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المحدودة) .
- يبدأ عادة في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

تعريفه:

هو اضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة في جسده أو أكثر، وأن هذه الشكوى لا تنتج من مرض عضوي معروف. **(Kaplan , H., & Sadock, B, 1996)**

معايير تشخيص اضطراب التبدين وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

أ- كثرة الشكاوى الجسمية في تاريخ الحالة، التي تبدأ قبل سن الثلاثين، وتستمر لعدة سنوات، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج أو تؤدي إلى عجز ملحوظ في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص لوظائفه .

ب- انطباق كل من المعايير التالية على الحالة، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الاضطرابات:

(١) أربعة أعراض سمتها الرئيسية الألم: تاريخ المعاناة من الألم في أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه، مثل الدماغ، البطن، الظهر، المفاصل، الأطراف، الصدر، الشرج، أثناء الدورة الشهرية، أثناء الجماع أو التبول.

(٢) عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمي: الشكوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمي على أقل تقدير، شريطة ألا يكون الألم من بينهما، مثل الغثيان، الانتفاخ، القيء في غير أوقات الحمل، الإسهال، عدم تحمل عدة أنواع من الأطعمة .

(٣) عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية: تاريخ شكوى واحدة خاصة

بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير، لا تقتصر على الألم، مثل عدم الاكتراث بالنشاط الجنسي، اضطراب الانتصاب أو القذف، عدم انتظام الدورة الشهرية، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية، استمرار القيء طوال فترة الحمل.

(٤) عرض واحد كاذب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي: تاريخ وجود عرض أو قصور في وظيفة من وظائف الجهاز العصبي يوحي بإصابة الشخص بمرض عصبي عضوي، مثل أعراض تحولية كاختلال تناسق الحركة أو التوازن، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته، أو احتباس البول، أو الهلاوس، أو صعوبة البلع، أو الشعور بغصة في الحلق، أو احتباس الصوت، أو فقدان حاسة اللمس، أو الإحساس بالألم، ازدواج الرؤيا أو العمى، أو التشنجات، أو أعراض انفصالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعي الذي لا يؤدي إلى الإغماء.

جـ- توافر المعيار (١) أو (٢):

(١) يتعذر إرجاع كل عرض من أعراض المعيار «باء» بصورة كاملة إلى مرض عضوي معروف، أو إلى الآثار المباشرة لتعاطي مادة أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

(٢) في حالة توافر مرض عضوي له علاقة بالأعراض، تفوق شكاوى المريض وتدني وظائفه الاجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بعد دراسة تاريخ الحالة، وتوقيع الكشف الطبي ونتائج الفحوص الطبية.

د- يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعمد اصطناع الأعراض أو استحداثها (كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمارض) (APA., 2000).

٢- الاضطراب الجسدي الشكل اللاامتمايز Undifferentiated Form Somato:

مدى الانتشار:

- لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الاضطراب.
- لعل سبب ذلك هو تداخل الاضطراب مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.

- من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الاضطراب أكثر من الذكور، نظرًا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الاجتماعية .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ٢٠٢-٢٠٣)

تعريفه:

وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الاضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية الاضطراب بشكله الكامل، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الاضطراب الجسدي الشكل؛ لأن شكوى الأعراض لا ترقى إلى مستوى الاضطراب الجسدي الكامل الصورة، أو لغموض الأعراض، وأن الشكوى من الإرهاق المزمن هي الشكوى الأكثر توافرًا لدى هؤلاء المرضى.

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص الاضطراب الجسدي الشكل:

أ- شكوى جسمية واحدة أو أكثر (مثل: سرعة التعب، أو فقدان الشهية، أو شكاوى خاصة بالجهاز الهضمي أو البولي).

ب- توافر المعيار (١) أو (٢):

١- لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوي معروف أو بأنها نتيجة مباشرة لتعاطي مخدر أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

٢- في حالة وجود مرض عضوي له علاقة بالحالة، تفوق الأعراض أو تدني الوظائف الاجتماعية والمهنية الناتج، ما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوي المذكور، كما يتضح من تاريخ الحالة، والكشف الطبي، ونتائج الفحوص المختبرية.

جـ- تتسبب الأعراض في معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدي إلى تدني وظائفه الاجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة.

د- ألا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر.

هـ- ألا يفسر مرض نفسي آخر أعراض المريض على نحو أفضل (مثل:

اضطراب آخر جسدي الشكل، أو اضطراب جنسي، أو اضطراب قلق، اضطراب ذهاني).

و- ألا تكون الأعراض متعددة أو مصطنعة (مثلما يحدث في حالة الاضطراب المصطنع والتمارض) . (APA., 2000)

٣- اضطراب التحول Conversion Disorder:

مدى الانتشار:

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الاضطراب ما بين ٥٪ إلى ١٥٪ من إجمالي المترددين على عيادات الطب النفسي الخارجية .
- في حين أن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الاضطراب بـ ١٠٪ من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات.
- تبلغ إصابة الإناث بهذا الاضطراب ضعف إصابة الذكور.
- يظهر عادة في سن الرشد المبكرة (في الغالب).
- لكن بالرغم من ذلك-س فقد يظهر هذا الاضطراب في منتصف العمر أو في الشيخوخة. (Kaplan, D., Sdock, B, 1996) .

تعريفه:

يعرف التحول - في موسوعة علم النفس التحليل النفسي - بأنه: عملية يلجأ فيها الأنا إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو في عرض جسمي. وكأن الشخص هنا بدلاً من أن يعبر عن صراعاته تعبيرًا نفسيًا خالصًا يحوله إلى تعبير جسمي. وتتم هذه العملية على مستوى لا شعوري.. مثل حدوث شلل هستيري للذراع مثلاً: إذ في هذه الحالة لا توجد بالذراع ولا بمراكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية أية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طبيًا، مع هذا يكون الذراع مشلولاً.. ولذا يفشل- في مثل هذه الحالة العلاج الجسمي، وينجح العلاج النفسي والذي يتعامل مع الصراعات التي أدت إلى هذا العرض التبديني. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

وقد نجد اضطراب التحول هذا في عرض واحد أو أكثر من عرض، ويكون له صلة بالجهاز العصبي المركزي، وأن هذه الأعراض ليست نتيجة اضطراب عضوي أو عصبي أو تعاطي مادة مخدرة .

التشخيص، العلامات والأعراض:

أ- اضطرابات حركية مثل: الشلل والتخلج Ataxia (عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كالوقوف وغيره)، وصعوبة البلع والقيء واحتباس الصوت .

ب- اضطرابات الوعي مثل: النوبات التشنجية الكاذبة، وفقدان الوعي.

جـ- اضطراب الإحساس: مثل العمى، الصمم، فقدان الشم، نقص الحس، فقدان الإحساس بالألم، نقص الحس الطرفي في موضع القفاز والجوارب.

د- علاقة زمنية وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسي أو انفعالات شديدة.

هـ- ظهور الأعراض في نصف الجسم الأيسر أكثر من نصفه الأيمن.

و- عدم تعمد الشخص استحداث الأعراض.

ز- عدم توافق الأعراض مع ثقافة المريض، أو وجود أصول عضوية كما يتضح من الكشف الطبي والفحوص الطبية . (APA. 2000)

٤- اضطراب الألم Pain Disorder:

مدى الانتشار: يشكل اضطراب الألم مشكلة اقتصادية كبرى، مثلما يشكل مشكلة طبية، - كمثال في المملكة المتحدة- إذ تسبب الألم أسفل الظهر بمفرده ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام، بالإضافة إلى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تغري إلى التكاليف غير المنظورة وللألم المزمن. (شيرلي بيرس وآخر، ٢٠٠٠)

- ويظهر اضطراب الألم في أي سن ولاسيما في العقد الثالث والرابع.

- أكثر انتشارًا بين الإناث.
- تتوافر بعض الأدلة على ارتفاع نسبة حدوث الألم والاكتئاب، وإدمان الخمر في أقرباء الدرجة الأولى. (Kaplan, H & Sadock, B, 1996)

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص اضطراب الألم:

أ- يجسد بالألم في مكان واحد أو أكثر من الجسم المرض الإكلينيكي الرئيسي، على أن تستدعي شدته تدخل الطبيب.

ب- يؤدي الألم معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الاجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة.

جـ- تلعب العوامل النفسية دورًا مهمًا في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره .

د- يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمدًا أو مصطنعًا، كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمارض.

هـ- يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسي آخر، مثل اضطراب الوجدان أو القلق، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع .

خصائص الفئة:

اضطراب ألم مصحوب بعوامل نفسية: تلعب العوامل النفسية دورًا رئيسيًا في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره . (في حالة وجود مرض عضوي، يشترط لتشخيص الاضطراب ألا يلعب ذلك المرض دورًا رئيسيًا في ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره). لا يُشخص هذا النوع من اضطراب الألم إذا كانت معاييره تنطبق أيضًا على اضطراب التبدين. خصوصًا ما إذا كان:

حادًا: تقل مدته عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر .

اضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية وأمراض عضوية: للعوامل النفسية ومرض عضوي دور مهم في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره، يدون المرض العضوي أو مكان الألم على المحور الثالث.

حدد ما إذا كان:

حادًا: مدته تقل عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر. (APA., 2000)

٥- توهم المرض Hypochondri Asis:

مدى الانتشار:

- يصيب ١٠٪ من إجمالي المصابين بأمراض باطنية.
- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث .
- يصيب جميع الأعمار ويزداد انتشاره في العقد الثالث في الذكور، والعقد الرابع في الإناث.
- يصيب أقرباء الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوءم.

(Kaplan, H., & Sadock, B, 1996)

تعريفه:

هو عبارة عن اضطراب السمة الأساسية فيه: انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء بالجسم. وقد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه، ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية.

وغالبًا ما يكون الاكتئاب والقلق الشديدان موجودين .

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

التشخيص:

أ- يصيب أي عضو أو جهاز في الجسم.

ب- يصيب - في الغالب - الجهاز الدوري أو الهضمي أكثر من غيرهما من أجهزة الجسم الأخرى.

جـ- يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوي بالفعل.

د- يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض في الكشف الطبي والفحوص، ثم تعاوده الأعراض.

هـ- تفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية.

و- تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير.

ز- لا يرقى في اعتقاد المريض في إصابته بالمرض إلى مستوى الضلالة.

(APA., 2000)

٦- اضطراب توهم تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder:

مدى الانتشار:

- يبدأ ظهور المرض بداية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكرة.
- يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة.

تعريفه:

هو اضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة. (Kaplan, D., & Sadock, B, 1996)

التشخيص:

- يشكو المريض من عيوب في جسمه مثل وجود التجاعيد وكثرتها أو سقوط الشعر أو صغر أو كبر حجم بعض الأعضاء التناسلية.
- أو قد تمتد الشكوى لتشمل الشكوى من وجود عيوب في أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة (مثل الأنف)، أو مستترة (مثل وجود بقع شيخوخة على الجلد).
- وعند وجود تشوه جسمي طفيف ينشغل المريض به على نحو مفرط ومبالغ فيه.
- لا يصل مستوى انشغاله إلى مستوى الضلالة (كما يحدث في اضطراب الضلالة الجسدي النوع). (APA., 2000)

٧- الاضطرابات المصطنعة Factitious Disordenr:

مدى الانتشار:

- نسب الإصابة بهذا الاضطراب غير معروفة بشكل محدد.
- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- تبلغ نسبة مرض اصطناع المرضى الذين يدخلون المستشفيات من ١٠٪ إلى ١٥٪ حيث يعاني معظمهم من ارتفاع مصطنع في درجة الحرارة (كمثال شائع لذلك).
- ينتشر هذا الاضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين في المجال الطبي (أطباء - ممرضين - ممرضات...إلخ).

(Kaplan. & Sadock., 1996)

تعريفه:

هو عبارة عن اضطرابات يتوهم الشخص من خلالها أعراضًا يستحدثها عمدًا وبصورة شعورية قد أصابت الجسم، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم.

التشخيص والعلامات والأعراض:

تتقسم هذه الاضطرابات إلى الفئات التالية:

أ- اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة، وتشمل:

- تعمد استحداث الأعراض الجسمية كالغثيان والقيء والألم والتشنجات.
- قد يتعمد المرضى إضافة الدم إلى برازهم أو بولهم.
- قد يتعمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرائق مصطنعة.
- أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض نسبة مستوى السكر في الجسم.
- ومن علاماته: البطن المُخطط (للندبات التي تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التي يعرض المريض نفسه لها).

ب- اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة:

- تعمد اصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل: الهلاوس والضلالات والاكتئاب وشذوذ السلوك .
- لجوء المريض إلى الكذب وتقديم روايات يصعب تصديقها في أسباب إصابته، إلا أنه يعتقد في صحتها .
- ينتشر إدمان المواد المخدرة بين اضطرابات النوعين السابقين (أ-ب).

جـ- اضطرابات مصطنعة لم يسبق تخصيصها:

- تشمل الاضطرابات التي لا تنطبق عليها معايير الاضطرابات المصطنعة مثل: اصطناع المرض بالإنابة (تعمد شخص آخر يرى المريض اصطناع الأعراض لاكتساب الدور المرضي بصورة غير مباشرة) . **(APA., 2000)**

٨- التمارض Malingering:

مدى الانتشار:

- غير معروف بصورة محددة أو تقريبية نسب الإصابة به.
- أكثر انتشارًا في الأماكن التي يكثر فيها الذكور مثل: الثكنات العسكرية، السجون، المصانع، وغيرها من المؤسسات.
- قد يظهر هذا الاضطراب أيضًا لدى الإناث.

تعريفه:

هو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادي لإحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل: الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية، أو التهرب من حكم بالحبس، أو التهرب من عقاب، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين.

(ولعل أكثر صور إحداث هذا الاضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة/ مواد حريفة) يعقبها تناول حلوى؛ مما يؤدي ذلك إلى ارتفاع في درجة الحرارة، وبالتالي يطلب (كارنيه) عيادة..

وتتخذ باقي الإجراءات حتى يبتعد عن الخدمات والأعمال المكلف بها داخل المعسكر. (Kapla. & Saock, 1996)

التشخيص والعلامات والأعراض:

- يبدأ الشخص في العادة شكاوى مبهمة وغير محددة ويعرضها بالتفصيل.
- يغضب المريض عند إبداء الطبيب تشككه في صدق أعراضه.
- يتضح من التاريخ النفسي والاجتماعي وجود حاجة لدى الشخص المعني لتجنب أحد المواقف الضاغطة أو الحصول على المال، أو الهروب من مشاكل قانونية.
- ابحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلال (المكسب الثانوي للمريض). (APA., 2000)

أسباب الاضطرابات جسدية الشكل:

تنتمي فئة الاضطرابات الجسدية الشكل إلى الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشقة).

❖ من أسباب الإصابة بهذا الاضطراب:

أولاً: العوامل التكوينية الوراثية:

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الاضطرابات .
- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب (مثلاً) فعادة ما يُصاب الآخر بنفس المرض.
- دلت دراسات العلائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض، وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالاستجابة لاضطراب معين تجاويت معه باقي أفراد الأسرة بالاستجابة لهذا الغرض.
- ولذا نلجأ في علاج بعض هذه الاضطرابات إلى استخدام الأدوية النفسية خاصة أثناء فترات إصابة المريض بالقلق أو الاكتئاب الحاد (وفقط) خشية من أن العلاج بالدواء في مختلف الفترات قد يقود المريض لتعاطي الدواء سواء أكان الشخص في حاجة إلى الدواء أم لا.

- وجود خلل في قشرة المخ. فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب اضطرابات التحول البيولوجية تتلخص في:
- يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط آليات مثبطة في المخ.
- يصب الاضطراب فرط إثارة قشرة المخ التي تنشط بدورها آليات الجهاز العصبي المركزي المثبطة في المشبك (فجوة تفصل الخلايا العصبية عن بعضها)، وساق المخ، والمنظومة الشبكية التنشيطية.
- يرتفع احتمال حدوث الاضطرابات فيمن يعانون من إصابات الفحص الجبهي أو أوجه قصور أخرى في الجهاز العصبي المركزي.

ثانيًا: أسباب نفسية - اجتماعية:

تتعدد المنطلقات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية (بمنطلقاتها المختلفة).

ولذا نجد العديد من التفسيرات التي قدمت للاضطرابات جسدية الشكل.

- مثلاً: الشخص الذي يعاني من اضطراب التبدين وجد أن الأسباب النفسية تتلخص في:
- إن هذا الشخص يميل إلى كبت العدوان.
- إن هذا العدوان المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويله إلى الذات.
- إنه يتمتع بضمير أو أنا أعلى **Super Ege** جد حساس؛ مما يؤدي إلى ارتداد العدوان إلى الذات وعقابها (ليس لمجرد عقاب الآخر، بل التفكير في ذلك).
- انتشار وشيوع مشاعر الدونية والانحطاط من قيمة الذات.
- توحد غير سوي بأحد الوالدين.

في حين أن التفسير النفسي الذي قدم لاضطراب التحول فهو:

- يعد الاضطراب تعبيرًا عن صراع نفسي لاشعوري مكبوت.
- تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالاضطراب بسمات اضطراب الشخصية المتجنبة، وأخرى هستيرية.

- التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلي.
- وجود دوافع جنسية وعدوانية لاشعورية ترفضها الأنا وتتكرر في صورة أعراض مرضية.
- في حين أن الجانب النفسي الذي يفسر اضطراب توهم المرض كالآتي:
- إن الشخص لديه استعداد خلقي لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه، وانخفاض عتبة الإحساس بالألم أو المعاناة الجسمية.
- ارتداد النزعات العدوانية إلى الذات بدلاً من الآخر، ومن خلال جزء معين من الجسم.
- لابد من التركيز حول احتمالية أن يكون للعضو الجسمي المصاب معنى رمزي (أو وفقًا لمفهوم التحليل النفسي لابد من البحث عن عامل الحتمية- ليس العشوائية- المقصودة في إصابة هذا العضو من الجسم دون غيره بهذه الاضطرابات، وأن الإصابة تكون محتومة المعنى والدلالة، ولابد من البحث عنها) .

ونستنتج مما سبق الآتي:

١- لابد من أخذ تاريخ الشخص في الاعتبار.

٢- لابد من فهم الدلالة النفسية - لأسباب إصابة الشخص وتحديدًا في عضو من جسده دون الآخر.

٣- أخذ طريقة التربية في الاعتبار؛ لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتي تعمل على (كبت العدوان أو كف) الرغبات الجنسية التي بدورها تضطر لتحويل مسارها من (الآخر)، إلى (الذات).

٤- التركيز على الهدف أو المكسب الثانوي من وراء العرض فعلى سبيل المثال وجد أن اضطراب الألم- مثلاً- له علاقة بالآخر حيث يستخدم الفرد الألم كوسيلة للسيطرة على علاقة بآخر والاستفادة منها مثل: استقرار علاقة زوجية هشة.

٥- التعرف على نمط الشخصية (اضطرابات أنماط الشخصية) إذ على

سبيل المثال وجد أن الشخصية التي تميل إلى التمارض يميل أصحابها إلى نمط الشخصية المناهضة للمجتمع .

٦- التركيز على ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها الفرد، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض اضطراب توهم تشوه الجسم للأساليب الدفاعية الآتية:

- الكبت (الصراعات اللاشعورية) .
- تشويه أو ترميز جزء من الجسم.
- الإسقاط (الاعتقاد بأن الآخرين يرون أيضًا التشوه المتخيل).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨) (شيرلي بيبرس، جوس مايز، ٢٠٠٠، ٧٣٧-٧٥٦)

علاج الاضطرابات الجسدية الشكل:

تستخدم العلاجات الآتية:

أولاً: العلاجات الدوائية:

وقد ذكرنا ضرورة عدم الإفراط في تصديق (توهم) المريض، أو إطاعته في كتابة أدوية مخدرة، نظرًا لإمكانية إدمان الشخص لهذه الأدوية.

مثال: اضطراب مرضى تشوه الجسم: يتم إعطاؤهم العقاقير الآتية:

- تخفف مثبطات استعادة السيوتونين الانتقائية مثل:

البروزاك، والكلوميبرامين (الأنافرانيل) الأعراض في ٥٠٪ من المرضى على أقل تقدير.

مثال آخر: مريض توهم المرض: يتم إعطاؤهم العقاقير الآتية:

- تستخدم مضادات القلق أو الاكتئاب في علاج القلق أو الاكتئاب عند ظهورهما .
- تفيد المركبات مع استعادة السيروتونين الانتقائية، الاكتئاب، والأعراض الوسواسية.

(Kaplan, Sadock, 1996)

ثانيًا: العلاجات النفسية:

تتعدد صور وأشكال العلاجات النفسية ما بين علاج نفسي متعمد (من

خلال البحث عن الأسباب الدقيقة في طفولة الفرد) أو السطحي (من خلال التركيز على شفاء الأعراض وحل المشاكل الحالية).

ومن هذه المدارس:

أ- **التحليل النفسي:** حيث ترتكز على:

- طفولة الشخص.
- الصدمات التي تعرض لها.
- أساليبه وميكانيزماته الدفاعية.
- المكاسب الأساسية والثانوية للإصابة بهذا المرض.
- طرق حله للصراعات اللاشعورية.
- طرق التعبير عن عدوانيته وغرائزه الجنسية.
- المعنى الرمزي للأعراض.
- الصراعات اللاشعورية المرتبطة بالاضطراب والتي لها علاقة به.

ب- **العلاج التدعيمي:** وذلك خلال استخدام العديد من الفنيات العلاجية التدعيمية والتي تنهض على: الإيحاء - التغير والتشجيع، المعاضدة، والتدعيم، الصحية والإرشاد، تقديم المعلومات، التنفيس الانفعالي، التجاوب الانفعالي، بث الثقة والإرادة لدى الفرد.

جـ- **العلاج النفسي المعرفي:** وهو جد هام خاصة مع المرضى ذوي اضطراب الألم. خاصة إذا كان هذا الاضطراب- أو غيره- به بعض المكونات المعرفية الخاطئة (تفكير - وجدان- سلوك).

وقد تم تطوير العديد من الاستراتيجيات المعرفية في هذا الصدد وتتكون من:

- الصور الذهنية السارة.
- النشاط الإيقاعي المعرفي.
- التركيز الخارجي للانتباه.

- تقدير الألم.
- التغلب الدرامي.
- التخيل المحايد.
- النشاط التنفسي.
- النشاط السلوكي. (شيرلي بيرس وآخر، ٢٠٠٠)

د- **العلاج بالتعميم:** خاصة الاستناد إلى استراتيجيات الاسترخاء والتي أثبتت فاعلية في العديد من الاضطرابات مثل:

- اضطرابات الألم.
- التبدين.
- التوهم المرضي.
- الصداع النصفي.
- عسر الطمث ...إلخ

فعلى سبيل المثال وجد أن استخدام التدريب على الاسترخاء لدى مرضى الألم المزمن جد هام للأسباب الآتية:

أولاً: قد يكون للتدريب على الاسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلي للجسم كله.

ثانيًا: قد يرتبط الاسترخاء بخفض القلق.

ثالثًا: تعمل إجراءات الاسترخاء في حد ذاتها كمشتت للانتباه، أي أن الانتباه إلى تمرينات الاسترخاء والصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الانتباه إلى المدخلات الحسية غير السارة.

رابعًا: إن الاسترخاء قد يعمل على زيادة التحكم الذاتي المدرك لدى المرضى لأنشطتهم الفسيولوجية وألمهم.

خامسًا: إن العديد من الدراسات النفسية قد وجدت ما للاسترخاء من نتائج جدًا إيجابية وفاعلية في علاج العديد من الاضطرابات.

(شيرلي بيرس وآخر، ٢٠٠٠)

ثالثًا: العلاج البيئي والاجتماعي: إن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العديد من الاضطرابات الجسدية الشكل واضح. ومن هنا يمكن أن يتجه العلاج إلى:

- تحسين ظروف العمل.
- تحسين ظروف المنزل.
- حل الخلافات الزوجية.
- تشجيع الهوايات الخاصة للأشخاص من ثقافة وفنون أو رياضة أو الإيمان الديني خاصة في هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

مسار ومآل الاضطرابات جسدية الشكل:

تتعدد مسارات ومآل الاضطرابات جسدية الشكل وذلك من خلال أخذ العديد من العوامل والأسباب في الاعتبار عند تحديد مآل اضطراب بعينه لدى شخص مقارنة بنفس هذا الاضطراب- أو غيره- لدى شخص آخر.

وسوف نذكر في عجالة مسار ومآل بعض الاضطرابات جسدية الشكل.

مسار اضطرابات التبدين:

- مسار مزمن تتخلله فترات تعاف قليلة. ومع ذلك قد تتقلب شدة الأعراض.
- ومن مضاعفات المرض: تعرض المريض لعمليات جراحية لا لزوم لها، فحوص طبية متعددة ومتنوعة ومتكررة، الإدمان، الآثار الجانبية الضارة للعديد من الأدوية التي توصف للمريض بدون داع.

مسار اضطراب التحول:

المآل الحسن: ويظهر من خلال:

- ظهور الأعراض فجأة.
- وجود ضغوط نفسية واضحة أدت إلى ظهور الاضطراب.

- قصر الفترة الفاصلة بين بداية الاضطراب وتلقي العلاج.
- معدل ذكاء يفوق المتوسط.
- وجود بعض الأعراض مثل: الشلل - احتباس الصوت - العمى.

المآل السيء: ويظهر من خلال:

- وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة.
- دخول المريض في مشكلات قضائية.
- وجود بعض الأعراض مثل: الرعشة، نوبات التشنج.

مسار الاضطرابات المصطنعة:

- مسار مزمن في العادة.
- يبدأ في سن الرشد، ولكنه قد يبدأ في سن مبكرة عن ذلك.
- كثرة التردد على الأطباء وتاريخ متعدد لدخول المستشفيات، وذلك بسعي المريض للحصول على الرعاية الطبية والاهتمام.
- يتصف هؤلاء المرضى بتعرضهم بشكل خاص للإدمان.
- يتحسن المآل إذا كان الاضطراب مصحوب بالاكتئاب أو القلق لاستجابتهما للأدوية النفسية.
- قد يتعرض المريض للوفاة نتيجة التدخلات الجراحية الكثيرة والتي قد تهدد حياته. (Kapian. H., & Sadock, B. 1996)



المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨)، **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- شيرلي بيرس، جوس مايز (٢٠٠٠)، **فحص الألم المزمن** في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينكي للراشدين، تحرير س. لنيدزا، ج. بول، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٧١٧-٧٣٦ .

٣- شيرلي بير، جوس مايز (٢٠٠٠) : **المناحي النفسية لتدبر الألم المزمن** في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندذاس، ج، بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص ٧٣٧-٧٥٦ .

٤- فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، القاهرة، دار سعاد الصباح.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

5- American Psychoatric Association (2000): *Diagnostic and Straistical Manual of Mental Disordser Editions*. Washington D.C.

6- Kaplan, A., Sadock. B. (1996): *Pocket Hand Book of Clini Cal Psychlatry*. London, Willams & Wilkins, Second Edition.





تصنيف الاضطرابات النفسجسمية



- تعريف التصنيف.
- مميزات التصنيف.
- الأمراض الجلدية.
- أمراض الجهاز التنفسي.
- السمنة وفقدان الشهية العصبي واضطرابات الطعام.
- الأمراض الجنسية (لدى الرجال والنساء).
- ارتفاع ضغط الدم.
- مراجع الفصل.

تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية

تعريف التصنيف:

مصطلح التصنيف **Classification** يقصد به تقسيم مجموعة الأشخاص أو الكائنات الحية أو الأشياء أيًا كانت إلى أقسام أو فئات أو طوائف وتجميعها في هذه التقسيمات وفق أسس معينة قد تكون من حيث النوع (ذكور - إناث) أو التعليم أو الديانة والحي السكني أو وفق درجة الامتحان...إلخ (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ٢٧) .

ويرى البعض أن التصنيف جزء من التقييم، وأن القائم بعملية التقييم ينبغي أن يقوم بإجراء التصنيف كأحد خطوات التقييم. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧، ص ٧٠)

مميزات التصنيف:

١- اختزال الأوصاف السلوكية.

٢- توحيد مصطلحات يفترض إتسامها بالثبات وتيسير التواصل بين الإكلينيكية في البحوث، وفي الممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.

٣- تيسير جمع وتخزين واستعادة المعلومات الإكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة بانحراف معين وغيرها مما ييسر مهمة التشخيص والتنبؤ والعلاج.

٤- التشخيص أساس للبحث الأبيدمولوجي (الوبائيات) لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية والجسمية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاجتماعية المختلفة.

٥- وصف أوجه التشابه والاختلاف الهامة بين المرضى السكاتريين بحيث تؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض (لويس مليكة ١٩٩٧، ص ص ٥٧-٥٩).

ولعل من أشهر الأمراض السيكوسوماتية:

١- الأمراض الجلدية:

وتأخذ العديد من الأشكال مثل: التهاب الجلد العصبي وجفاف الجلد وغيرها من الاضطرابات .

والعلاقة واضحة بين الأمراض الجلدية والحالة النفسية للفرد، بل إننا في الغالب ما نعبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية.. احمرار الوجه بسبب الخجل أو الحرج، الشحوب من الخوف، العرق من الفزع، توقف (أو وقوف) الشعر في حالات الرعب (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٥٥١).

وبالتالي فإن الجلد عضو إحساس يتأثر بالانفعالات، كما أنه عضو تعبيري، ومواجه للبيئة، وهو عضو اتصال بالاشتراك مع الجهاز العصبي الذاتي للفرد وأعضاء الحس الأخرى. (Brahlere et al., 1988, p. 63)

ويمكن أن نميز في تركيب الجلد ثلاث طبقات هي من الخارج إلى الداخل:

أ- البشرة.

ب- الأدمة .

جـ- اللحمة (أو الطبقة الشحمية).

وقد وجدت الدراسات والملاحظات أن البشرة **Epidermis** كمثال وهي الطبقة الظاهرة للعين تتكون من الطبقات الآتية:

١- الطبقة القاعدية أو الطبقة المولدة.

٢- الطبقة الشائكة.

٣- الطبقة الحبيبية .

٤- الطبقة الرائقة.

٥- الطبقة المتقرنة. (محمد عامر، ١٩٩٦).

وأن الجلد له العديد من الوظائف تم تقسيمها كالآتى:

أولاً: الوظائف البيولوجية للجلد وتتلخص في:

١- **الحماية:** وتتمثل في حماية الجسم من شر الرضوض والصدمات والمؤثرات الخارجية الأخرى، فضلاً عن أن الجلد يلعب دورًا هامًا في حماية الجسم من الإصابة بالأمراض وحماية الخلايا الحية للجسم من أن تجف أو تموت، ولذا يحافظ عليها وعلى نضارتها، كما يمنع نمو وتكاثر الجراثيم على سطح الجلد بفضل تركيب الطبقة المتقرنة والتفاعل الحامضي للمواد المفرزة الدهنية الموجودة على سطح البشرة.

٢- **تنظيم درجة حرارة الجسم:** فاللعرق دور لا يُستهان به في فصل الصيف - كمثال- حيث يساعد على خفض درجة حرارة البدن عن طريق تبخر الماء الموجود في العرق، كما أنه يحافظ على الجسم دافئًا بعمله كسطح عازل فهو يساعد على احتجاز حرارة الجسم.

٣- **الإخراج:** ومن وظائف الجلد الأساسية الإفراغ أو الإخراج، فهو يفرز العرق وبغزارة، وبخاصة في فصل الصيف، حيث تصل كمية العرق من ٣-٥ لترات في اليوم، وهو بذلك يساعد في عمل الكلية لتشابه تركيب مكونات العرق مع تركيب ومكونات البول.

٤- **تكوين مركبات باتحاد عناصر من الجسم:** حيث يقوم الجلد بتركيب الفيتامين (D3) بمساعدة الأشعة فوق البنفسجية الموجودة بطبيعتها في ضوء الشمس، ومادة (ديهيدروكوليسترول V)، والذي يدخل في تركيب العظام والأسنان.

٥- **الإدراك الحسي:** حيث يعد الجلد عضوًا حسيًا هامًا فهو بما يحويه من أعصاب وأوعية دموية ونهايات حسية يعتبر مركزًا متقدمًا حيث ينقل إلى المراكز العصبية أحوال الوسط المحيط ومؤثراته. هذه المستقبلات الحسية تستجيب للحرارة والبرودة واللمس والضغط والألم، فتساعدنا على أن نحس بالعالم الخارجي، ونستجيب للبيئة فيحدث التوازن الهيموستازي.

٦- **لون الجلد:** حيث يعطي لجسم الإنسان اللون الذي يتميز به، ويتحدد لون الجلد وفقًا لثلاثة عوامل هي:

أ- نسبة الميلانين والذي تنتجه الخلايا الميلانوينية.

ب- تراكم الصبغة الصفراء (الكرياتين) .

جـ- لون الدم الذي ينفس من خلايا الأبيدرم.

(سحر علي جزر، ٢٠٠١، ص ص ٨٦-٩٢)

في حين وجدت العديد من الدراسات والأبحاث العديد من الوظائف النفسية للجلد.

الوظائف النفسية للجلد:

وقد أجملها «أتوفينخل» في الوظائف الأربعة الآتية:

١- إن الجلد كرقائق غطاء له - قبل كل شيء- وظيفة وقاية عامة، فهو يتفحص المثيرات الواردة، وإن لزم الأمر يضعفها حتى يطردها، وتحقيقًا لنفس الإجراءات الوقائية ضد المثيرات الداخلية، فإن الكائن العضوي يملك العديد من ميكانيزمات الدفاع في مواجهة المثيرات الداخلية المزعجة ميلاً إلى معاملتها كما لو كانت فترات خارجية.

٢- إن الجلد منطقة شبقية هامة، فإذا ما كُبتت الرغبة في استخدامه كمنطقة شبقية، فإن عودة الميول المواتية والمناهضة لإثارة الجلد تعبيرات تنافي تعبيرات جلدية، وأن شبقية الجلد لا تفتقر على مثيرات اللمس في أحاسيس الحرارة وهي مصدر لذة شبقية والألم أيضًا يمكن أن يكون مصدر لذة شبقية جلدية. لقد قيل: إن تفجرات الصدفية يمكن بصفة خاصة أن تكون تعبيرًا عن حفزات سادية انقلبت ضد «أنا» الشخص.

٣- إن الجلد من حيث هو سطح الكائن العضوي هو الجزء المرئي من الخارج والذي يجعله مقرًا من الصراعات الدائرة حول الاستعراضية، وهذه الصراعات بدورها لا تتعلق فحسب بغريزة جنسية جزئية وبالخوف والخزي المضادين، بل تتعلق أيضًا أن تتموضع في استجابات الجلد، فالقلق من الناحية الفسيولوجية هو حالة من الحيوية السيمبثاوية والاستجابة الحيوية السيمبثاوية لأوعية الجلد يمكن أن تعبر عن القلق. (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ص ص ٣٦٧-٣٧١).

أنواع الاضطرابات الجلدية حيث يوجد العديد من التصنيفات ومنها:

أ- تصنيف أحمد عكاشة: حيث صنف الاضطرابات الجلدية إلى:

١- **عصاب الجلد:** وهنا يكون المريض هو المسبب في المرض الجلدي مثل طبع نتف أو نتش ونتف الأظافر، والرهاب الجلد مثل الخوف من ديدان في الجلد، والخوف من سرطان الجلد، والخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية. وعادة ما تأخذ هذه الأمراض الطابع الوسواسي القهري، وكذلك التهاب الجلد الصنفي والعد التشوهي (حب الشباب).

٢- **استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية: مثل** احمرار الوجه والعرق الغزير في اليدين والرجلين.

٣- **أمراض جلدية يلعب العامل النفسي فيها دورًا هامًا مثل:** الحكة، الثعلبة، التبعية والخزاز المبسط.

٤- **أمراض جلدية يلعب العامل النفسي دورًا غير محدد مثل:** الإنزيما، العد الوحشي، البهاق، الصدفية، وأمراض الحساسية المختلفة.

٥- **أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية التي لها علاقة مع العوامل النفسية مثل:** الحكة مع مرضى البول السكري.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ص ٥٩١-٥٩٢)

ب- تصنيف إيلر Eller لاضطرابات الجلد السيكوسوماتية:

حيث تم تصنيف الاضطرابات الجلدية في الفئات الآتية:

١- المظاهر الجلدية غير السوية أو المبالغ فيها كحدوث حالة الاحمرار خجلاً مع الارتباك والحيرة وشحوب الوجه مع الخوف، ويطلق عليها (الاستجابات النفسية مع الاضطرابات الفسيولوجية) .

٢- الحالات الجلدية المرتبطة بالأعصبة والأذهنة والعادات العصبية، ويكون الجلد فيها - أساسًا- في حالة سوية، وتتعلق مشكلاته في الجانب الأكيد منها في أنها نتاج مباشر لبعض السلوكيات التي يفعلها المريض بجلده سواء كان بوعي أم بغير وعي منه .

٣- الأمـراض الجلدية تلك التي تنشط أو تتـفـاقم تحت ضـغط الحـالة الانفعـاليـة (غـالبًا مـا تكون سيئـة) والتي تحدث الاضطرابات الجلدية، بدون تدخل نشط من جانب المريض في إحداث المرض.

٤-الأمـراض الجلدية المرتبطة بالتشـويه، الألم، الهـرش، وخـاصـة تلك التي تستمر لمدة طويلة، وترتبط بديناميات نفسية عميقة.

(أمال كمال، ١٩٩٢، ص ٢٢٦)

أسباب الأمراض الجلدية تقسم إلى نوعين من العوامل:

أولاً: العوامل الداخلية مثل:

١- الاضطرابات الوظيفيـة للجهـاز العـصبي تلعب دورًا لا يُسـتهـان به في إحداث العديد من الأمراض الجلدية، مثل الإصابة بالإكزيما والأرتكاريا، وداء الصدفية والحزاز المنبسط.

٢- الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الغدد الصماء، حيث تلعب دورًا جد هام في إحـداث المرض الجلدي، حيـث إن داء السكري - مثـلاً- يسـاعـد على ظهـور العديـد من البثور والدمـامل الجلدية النـاتجـة عن زيادة نسـبة هـرمون (الأندروجين) والذي يؤدي بدوره إلى ظهور متفاقم لحب الشباب.

٣- نقص بعض الفيتامينات والعناصـر المعدنية مثل نقص فيتـامين (أ) يسـبب تقـرن الجلد، ونقص فيتـامين (ب) يسـبب مـرض البـلاجـرا، ونقص فيتـامين (س) يؤدي إلى تأخـر التئام الجـروح أو الحـروق التي يمكن أن تصيب الجلد.

٤- أمراض الدم والأوعية الدموية مثل ابيضاض الدم والقـرحة الدوائية.

ثانياً: العوامل الخارجية مثل:

١- **المؤثرات الميكـانيكيـة:** مثل الضـغط والشـد والاحتكاك كل ذلك يؤدي إلى أضـرار مختلفة في الجلد.

٢- **عوامل فيزيائية (طبيعية):** مثل ارتفاع درجة الحـرارة أو انخفاضها.

٣- **عـوامل كيـمـيـائيـة:** كـالأحـمـاض والقلويـات حيث تسـبب التـهـاب الجلد التماسي نتيجة اللمس المتواصل لهذه المواد.

٤- **عوامل حيوية:** مثل الفطريات التي تسبب إصابات مختلفة سواء في الجلد أو الشعر أو الأظافر، والجراثيم الممرضة التي تسبب التهابات الدمامل والإصابة بالسل.. وغيرها من الاضطرابات الجلدية.

(سحر علي جزر، ٢٠٠١، ص ١٠٠)

مثال لحالة مرضية مصابة باضطراب جلدي:

ذكر كل من: هوارد ومارث لويس (١٩٧٥) العديد من الحالات التي أصيبت بالعديد من الأمراض الجلدية، وكانت الأسباب المحركة لذلك عوامل نفسية مثل تلك الحالة التي ذكرها لمريضه تدعى (إيلين) والتي أصيبت بالإكزيما، وكانت تقاسي بين آن وآخر من هذا المرض إذا كانت تصاب بمناطق حمراء سحجية في وجهها وذراعيها وساقيها تدعوها - قهرًا- إلى الحك، وكانت تهرش هذه القروح بشدة، وكثيرًا ما كانت تستيقظ صباحًا لتجد أن القروح تنزف وتدمي، وعلى هذا عاشت معظم حياتها بمنظر مشوه.

وقد كشف العلاج النفسي لهذه الحالة عن شعورها بالعداء تجاه والدها والذي هجرها وهجر أمها في أثناء طفولتها، وكانت تتطلع إلى الرجال كي يرضوا شوقها إلى أبيها، وكانت تلجأ إلى ممارسة الجنس معهم حتى تجعلهم يشبعون رغباتها، فإذا لم يعد هناك بُد من أن يهجروها حولت مشاعر الإثم والعداء نحو ذاتها عن طريق تشويهها لنفسها، وفي النهاية استطاعت (إيلين) أن تقيم علاقة طيبة مع رجل تزوجته فيما بعد، ومن الغريب أنه بعد الزواج مباشرة قد اختفت إصابات جلدها ولم يتكرر حدوثها.

ومن الجدير بالذكر أن (إيلين) كان لها تاريخ مُرض سابق في التردد على العديد من أطباء الجلد كي يعالجونها طبيًا من هذا المرض، ولكنهم جميعًا أبدوا لها عدم استطاعتهم مساعدتها لأن حالتها كانت تعود إلى سابق عهدها، وأن العوامل الانفعالية كانت تلعب الدور الحاسم والرئيسي، ولذا فقد ذكر لها بعضًا من هؤلاء الأطباء ضرورة أن تذهب للعلاج النفسي حتى يجد التدخل الطبي نجاحًا ... وقد كان.

(هوارد، مارث لويس، ١٩٧٥، ص ص ٢٦٤-٢٦٥)

ثانيًا: أمراض الجهاز التنفسي:

وخاصة الإصابة بالربو الشعبي وهو يشبه صفير أو أزيز مريض الربو أثناء التنفس صرخة الطفل مناديًا أمه، والحق أن كثيرًا من مرضى الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم، وأن أحد مسببات نوبات الربو هي التهديد بفقدان أو الانفصال عن الأم أو ما يقابلها من بديل كزوجة أو صديقة...إلخ، ويبدو التناقض الشديد في علاقة المريض بأمه أو من يقوم مقامها في الخوف من الابتعاد أو الانفصال، وفي الوقت الرغبة في الاستقلال وعدم الاعتمادية، مما يؤدي إلى صراع نفسي يجعل الفرد عرضة لتقلصات الشعب الهوائية ونوبات ربوية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ص ٥٤٧-٥٤٨).

ويزيد الأمر وضوحًا إذا عرفنا أن من يُصاب بنوبة الربو يشبه الطفل حديث الولادة، وهو يصرخ من قلة حيلته، حيث تتشنج أطرافه، ويحتقن وجهه بالدم، وأن البروفيل النفسي لهؤلاء المرضى قد أكد صعوبة البكاء لدى أفراد هذه الفئة، وأن النوبة تنتهي عندما يتوافر للمريض متنفس لانفعاله بالبكاء. فضلاً عن ظهورهم - كرجال- في مظهر بارد زائف في عواطفهم وتفاعلهم مع الآخرين، كما أنهم من النوع الذي لا يظهر انفعاله، وبالتالي يبدو قويًا، غير قريب الانفعال، لكن فرانز إلكسندر يقول: إنه من خلال الخبرة فإن مثل هؤلاء الرجال لو استطعنا أن نجعلهم يعبرون مسألة البرود الانفعالي وعدم اللامبالاة ووفرنا لهم الأجواء التي تسمح لهم أن يعبروا عن انفعالاتهم المكبوتة بالبكاء فسوف تتحسن حالتهم على الفور، بل إذا استطعنا أن نجعلهم يتدربون على أن (يفسحوا المجال لإخراج المكبوتات المؤلمة - الانفعالات) بواسطة البكاء فسوف تتحسن حالتهم كثيرًا، وأن البكاء والتعبير عن انفعالاتهم سوف يجعل النوبة تتلاشى تدريجيًا. (Alxander, 1990)

ولذا فإن الربو الشعبي أحد أمراض الحساسية التي يحتمل أن تؤدي إلى أخطار شديدة، ويتميز بانسداد الأنابيب الشعبية الصغيرة، وتصبح الرئتان في أثناء نوبة الربو منتفختين، وتزداد صعوبة التنفس شيئًا فشيئًا، ويخرج المريض أزيزًا في أثناء محاولته دفع الهواء عبر أنابيب مسدودة، وتبذل عضلات رقبته جهدًا، كما تحتقن أوداجه وينتفخ صدره.

ولذا فإن العلاج النفسي يلعب دورًا جد هام في شفاء مثل هذه الحالات، ولذا فقد تم إنشاء معهد (دنفر) والذي تم تصميمه بغرض إعادة تأهيل الطفل المصاب بالربو المستعصي، ويقبل المركز الأطفال بين سن الخامسة والخامسة عشرة، حيث يقيمون مدة تتراوح بين ثمانية عشر شهرًا وسنتين، وفي هذه الأثناء يتلقى الآباء في كثير من الحالات علاجًا نفسيًا في محاولة لإصلاح نوعية الحياة العائلية التي سيعود إليها الطفل، بل ويعلمون الآباء كيفية أن يعلموا بدورهم أولادهم على الاستقلال حتى ينضج الطفل مستقلاً بشخصيته ورغباته وحاجاته، وهو ما يعد شرطًا ضروريًا لنجاح العلاج في حالات الربو المستعصي، وأن نجاح ذلك الانفصال عن الآباء- وهو إلى حد كبير بلسم نفسي- قد أثبت نجاحًا ملحوظًا، فقد شفي ٩٠٪ من الأطفال إلى درجة كبيرة، وتم لهم الشفاء، في حين أنهم لا يزالون مقيمين بالمركز العلاجي، ومن بين هؤلاء حافظ ٩٧٪ على تحسنهم في أثناء السنة التالية بعد عودتهم إلى منازلهم.

(إدوار . مارث لويس، ١٩٧٥، ص ص ٢٦٠-٢٦٣)

ثالثًا: السمنة وفقدان الشهية العصبي أو اضطرابات الطعام:

إذا استبعدنا العوامل الغدية نجد أن معظم أسباب السمنة أسباب نفسية واجتماعية، وتبدأ بتعويض الأبوين عن فشلهما وخيبة أملهما بالالتصاق والحماية الزائدة لأطفالهم، وعادة ما تكون الأم هي الشخصية السائدة التي تحمي أولادها بطريقة قهرية قلقة مع تطلعات وآمال عريضة لكي يحقق طفلها ما فشل الأبوان في تحقيقه.

كما تلعب صورة الجسم في الشخص البدين دورًا قويًا في معناها الانفعالي ورغبته في القوة والسيطرة ويصبح فقدان الوزن لا يعني فقط تحمل الجوع، بل الفقدان الرمزي للحب وما يشبعه الطعام من انتقام للميول العدوانية، وأخيرًا الخوف من فقدان القوة التي تعطيها له صورته الجسدية.

وتصبح السمنة تدريجيًا هي التبرير والدفاع عن أي فشل يواجهه الفرد البدين وبالرغم من أن النضوج الجنسي تعرقله السمنة، وكذلك بالرغم من

عدم الاهتمام سواء في الرجل أو المرأة بالجنس كهدف، إلا أنه من النادر أن نلاحظ في البدين أو البدينة الجنسية المثلية، ولكن عادة ما تتجح السيدات البدينات مع الرجال، ويحقق زواجًا سعيدًا في معظم الحالات .

كما تلاحظ البدانة بين المسجونين أو المعتقلين لمدة طويلة والمحرومين من الحب والسعادة وإثبات الذات، وهنا يصبح الإفراط في الطعام إشباعًا وحماية ووقاية لاحتمال حدوث أو إثارة ذهان كامن، وعندما يحاول الفرد تخفيض وزنه يحتمل إصابته بالذهان.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ص ٥٤٩-٥٥٠)

ولذا فقد قدم كل من كيلي براوفيل، وباتريك أوتيل في الفصل المعنون «السمنة» Obosity عرضًا مفصلاً للعديد من الحالات التي لجأت إلى الحمية الغذائية (الرجيم)، وكذا ممارسة الرياضة، وفشل مثل هذه البرامج، إنما ينتج من خلال إهمال الجانب العلاجي النفسي.. وهل الفرد مدرك لخطورة السمنة؟ وما هو صورة الجسم لديه؟ وهل يهتم بتعليقات الآخرين على جسده؟ وغيرها من التساؤلات .

والجدير بالذكر أن السمنة تنطوي على العديد من عوامل الخطورة وتكون فاتحة للعديد من الأمراض الخطيرة مثل إمكانية التعرض لضغط الدم، السكر، أمراض القلب، وبعض أنواع السرطان... كما تلعب العوامل الخارجية المتمثلة في الإلحاح على صورة الجسم (النحيف)، والذي يقدم عبر وسائل الإعلام المختلفة دورًا جد هام في الوصول إلى (الصورة المثالية) لما ينبغي أن تكون عليه صورة الجسم.. ولذا فإن الصورة النمطية السلبية عن (الجسم) قد تلعب دورًا جد هام ومؤثر تأثيرًا سلبيًا في حدوث العديد من الاضطرابات المرتبطة بالسمنة، ولذا لا بديل سوى اللجوء إلى العلاج النفسي واستقصاء العديد من التساؤلات التي تفصح عن حالة الفرد النفسية في تفاعلها مع حالته الجسدية.

(كيلي برادنيل، باتريك أونيل، ٢٠٠٢، ص ص ٧٤٩-٧٥٨)

الاضطرابات السيكوسوماتية واضطرابات الطعام:

أشارت العديد من الدراسات والملاحظات إلى أن (السمنة الزائدة) أو مرض فقدان الشهية العصبي تلعب العوامل النفسية دورًا جد هام في إحداثه، بل هناك نظرية سيكوسوماتية، وأن مرض فقدان الشهية العصبي - كمثال- وإصرار الفئة على أن تكون هزيلة ونحيفة إنما يخدمها من الناحية النفسية في أن تحافظ على أن يظل مظهرها شبيهًا بالطفل الصغير، وبالتالي يمكنها تجنب تحديات البلوغ وما يجره من صراعات، بالإضافة إلى إمكانية انقطاع الطمث (الدورة الشهرية)، وإمكانية أن يتم تسطيح للملامح الأنثوية البارزة وإمكانية الانحراف الواقع على الدافع الجنسي.. وكل هذا من شأنه أن يساعد الفتاة على الإفلات من عبء النمو الأنثوي والدور الأمومي وما يتطلبه ذلك من دخول في علاقات- قد لا تريدها لا شعوريًا- مع الآخرين من الجنس الأول.

انظر في هذا الصدد: (Mintz Hogan & Wilson, 1983)؛ (أحمد عبد الخالق، أمال كمال، ١٩٩٨).

ويوضح ما سبق باستفاضة أحمد عبد الخالق من خلال ذكر العديد من العوامل النفسية التي تقود إلى حالة فقدان الشهية العصبي - أو السمنة أو بصفة عامة اضطرابات الطعام مثل:

- الاقتران بأن فقدان الشهية العصبي - كمثال- يمثل استجابة خوف شاذ للطعام وتجنب له.
- إن هذه الاستجابة الشاذة تنتج عن التوترات الجنسية والاجتماعية التي تولدها التغيرات العضوية المرتبطة بالبلوغ، وأن سوء التغذية الناتج عن هذه الحالة يؤدي إلى خفض الاهتمامات الجنسية أو إلغائهما ويفضي ذلك إلى درجة أكبر من تجويع الذات.
- كما كشفت العديد من الدراسات في هذا الصدد عن وجود عدد من التخيلات المرتبطة بالجنس والأكل والوزن، مع أفكار عن التلقيح أو الإخصاب عن طريق الفم، ولذا فإن التجويع إنما يحقق لها إشباعًا نفسيًا في أن لا تكون حاملاً.

- ولذا فإن هيلين بروسن المحللة النفسية الرائدة في مجال الاضطرابات المتعلقة بالأكل قد وصفت حالات فقدان الشهية العصبي بأنها تعاني من شعور بعدم الكفاءة والوعي الباطني الخاطئ واضطراب صورة الجسم، كما ربطت بين هذه الأعراض وخبرات الطفولة المبكرة، وافترضت أيضًا وجود نقص في الاستجابات المناسبة من قبل الأم دائمًا كأن تطعم الأم طفلها حتى تجعله في المقام الأول هادئًا أو لتدفعه إلى النوم، ولذا فإن الطفل لا يستطيع أن يتعلم كيف يميز بين حاجاته الخاصة وتلك الحاجات التي يفرضها عليه الآخرون... وغيرها من الافتراضات الناتجة من خبرتها على ما يربط النصف قرن في العلاج النفسي لمثل هذه الحالات. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ص ص ١٣٦-١٣٩).

رابعًا: الاضطرابات الجنسية (العنة لدى الرجال - واضطرابات الجنس لدى السيدات):

يعد مرض العنة أو فقد الانتصاب لدى الرجال من أشهر الاضطرابات الجنسية انتشارًا منذ العصور القديمة، وقد سادت العديد من الأفكار اللاعقلانية عن العنة في العصور الوسطى خلاصتها: إن العنة تنتج من السحر، وتستمر عنة الرجل حتى يجد ذلك الحبل المعقود الذي عقده له الساحر.. ولعل المقويات الجنسية كثيرة العدد والموجودة في الصيدليات خير نموذج لذلك. (هوارد، مارث لويس، ١٩٧٥، ص٢٤١)

والعنة أو ضعف الانتصاب معناها عدم القدرة على الأداء الجنسي السليم من الناحية العضوية، أي عدم القدرة على إيلاج العضو الذكري، واستمرار انتصابه بشكل كاف لإتمام العملية الجنسية إتمامًا تامًا.

والعنة تقسم إلى:

أ- عنة كاملة Complete Impotence .

ب- عنة غير كاملة Incomplete Impotence

وتدخل تحت هذا المسمى أيضًا العنة الناتجة عن الانتصاب الضعيف أو غير الكامل بحيث لا توجد القوة الكافية للولوج داخل المهبل، كما أن العديد من الاختصاصيين يعتبرون أن سرعة القذف يعد نوعًا من العنة في

حين يرفض البعض إدخال القذف السريع ضمن سلسلة الأعراض التي تشير إلى العنة.

وهناك العديد من الملاحظات التي يجب أخذها بعين الاعتبار حين نريد بحث ودراسة هذه المشكلة دراسة علمية موضوعية:

١- إن كل الرجال يصابون بالعنة في وقت ما من حياتهم خاصة وأن العملية الجنسية قبل أن تتم تكون مصحوبة بالعديد من الآمال والتوقعات والتصورات الطيبة، وأحيانًا المبالغ فيها، وشتان ما بين أرض الخيال وأرض الواقع، وهنا قد تتناسب احتمالات الفشل مع درجة الشبق والرغبة السابقة للقاء. خاصة وأن هناك العديد من الأفكار الخاطئة في الجنس، سوف نناقشها لاحقًا .

٢- توجد العديد من الأسباب العضوية التي يمكن أن تحدث العنة مثل:

أ- الإصابة بمرض السكر .

ب- السمنة المفرطة .

جـ- إدمان المشروبات الكحولية.

د- إدمان المخدرات .

هـ- بعض أمراض الدورة الدموية.

و- التأثيرات الجانبية لبعض أدوية علاج الضغط المرتفع.

ز- التأثيرات الجانبية لبعض أدوية الاضطرابات النفسية مثل مرض الاكتئاب.

وبالتالي يجب أخذ مثل هذه الأمراض والأدوية النفسية في الاعتبار.

٣- ضرورة أخذ العوامل النفسية في الاعتبار حين نقوم (بتقييم) عملية العنة، وخاصة أن العديد من الملاحظات قد وجدت أن عامل القلق يلعب أدوارًا جد هامة في إحداث هذا الاضطراب، وأن القلق يكون أحد أهم العوامل التي تعمل على تغذية هذا النوع من الاضطراب، وأن القلق والإصابة به يدخل الفرد في دائرة مقلقة. فالقلق يقود إلى الخوف المؤدي إلى تركيز الاهتمام على العضو الذكري باستمرار، ولذا تحدث العنة.

٤- إن حدوث الانتصاب في أي وقت ولأي سبب سواء رغبة الفرد في ممارسة العادة السرية، أو الانتصاب الذي يحدث حين يرى ما يجعل عضوه ينتصب، أو الاحتلام، أو عند الاستيقاظ صباحًا.. كل هذه العلامات- المؤشرات تدل على عدم وجود سبب عضوي للعنة؛ لأن السبب العضوي ينفي كل الأدلة السابقة.

٥- لا دخل للسن في القدرة الجنسية، ذلك لأن قدرة الرجل الجنسية تستمر مادامت الحياة والتغيرات التي يمكن أن تحدث إنما تكون في سرعة الاستجابة في عملية الانتصاب، وكذلك تأخر القذف لمدة طويلة، ناهيك عن ضرورة (الملاعبة قبل المواقعة) كأحد أهم استراتيجيات (تسخين وتهيئة العضو) للقيام بوظيفته بكفاءة. (عبد الرحمن نور الدين، ١٩٩٨).

ولذا فقد ذكر هوارد ومارث لويس (١٩٧٥) العديد من الحالات المرضية، وكذا العديد من الأفكار غير العقلانية عن الجنس أو بالتالي فإن العلاج النفسي يكون جد هام في مواجهة مثل هذه الأمور خاصة إذا تم استبعاد إمكانية إصابة الفرد بمرض عضوي.

أما عن الاضطرابات الجنسية لدى الإناث فتأخذ العديد من الأشكال مثل:

أ- الخوف المرضي من (المرض الشهري) أي تلك المشاعر السلبية نحو الطمث والناتجة من سوء إعداد الفتاة لاستقبال أول دورة شهرية، فبدلاً من الإحساس بالراحة والنضج إزاء هذه العلامة الدالة على الأنوثة يحتمل أن تشعر الفتاة بالخوف والنفور والحرج، وإذا حلت الدورة الأولى والفتاة في حالة من فقد الأمن والصراع العائلي فقد تدهمها بعد ذلك دورات مؤلمة تسمى (عسر الطمث) .

ب- لأسباب نفسية متعددة تلعب فيها العوامل النفسية أدوارًا متعددة قد تعاني المرأة أو الفتاة من حالة (انقطاع الطمث) وقد تستمر هذه الحالة من شهر إلى سنوات عدة، وتكون غالبًا نتيجة صدمة أو جهد نفسي، إضافة إلى أن الشعور بالإثم أو الخوف من ممارسة الجنس قد يقود إلى مثل هذا الاضطراب.

جـ- كما أن الإحساس بالإثم والشعور بالخوف من الجنس وما يرتبط به من قضايا واستشكالات قد يقود إلى أن يحدث العديد من الأعراض المؤلمة في منطقة الأعضاء التناسلية خاصة حدوث آلام لا تطاق في منطقة الحوض، أو المعاناة مما يسمى طبيًا (متلازمة) المثانة النزفة، وهي متلازمة تكاد تعلق دائمًا بالجنس، وتتسم بإلحاح التبول وزيادة عدد مراته، والتي قد تصل إلى رقم هائل.

د- البرود الجنسي: وهنا يصبح من المحال إيلاج العضو التناسلي للذكر في العضو التناسلي للأنثى بسبب التشنج، وحتى إن نجح القضيب في إيلاج المهبل، فإنه قد يتشنج عليه، ويقبض عليه قبضًا مؤلمًا مما يسبب آلامًا لا تُطاق بالنسبة للرجل، وينتج ذلك من عديد من الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالجنس لدى المرأة من قبيل أن الجماع عملية مؤلمة، وأن الجنس ما هو إلا عدوان قاسي، أو أن العضو التناسلي للذكر يعادل في إدراكها الثعبان أو نصل الخنجر.

هـ- اضطراب آخر لدى النساء يتمثل في الحمل الكاذب، وهذه الرغبة تحدث عند بعض السيدات اللاتي يخشين إلى درجة الموت من الحمل، وما يرتبط في أذهانهن من مخاوف لا مبرر لها، وفي بعض حالات الحمل الكاذب قد تقتنع المرأة بأنها حامل إلى درجة أنها تتمسك بهذه الأوهام، ناهيك عن (تذبذب) مشاعرهن تجاه مسألة الأمومة وما تحمله من أدلة في وعيهن اللاشعوري.

و- الإجهاض المتكرر: حيث أشارت العديد من الملاحظات أنه مع انتفاء العوامل العضوية فإن العوامل النفسية التي تكمن خلف هذا الإجهاض تلعب دورًا جد هام في إحداث ذلك ، وأن عدم الشعور بالسعادة أو الاستقرار أو حتى الإحساس بالأمان مع الزوج يؤدي بها إلى هذا الإجهاض المتكرر، ناهيك عن وجود العديد من مشاعر العداء تجاه الزوج، وأنها غير راضية على الإطلاق من جراء هذه الزيجة التي كانت لا تتمنى أن تتم من الأساس.

ولذا تؤكد هوارد ومارث لويس على ضرورة اللجوء إلى العلاج النفسي في مثل هذه الأمور. (هوارد، مارث لويس، ١٩٧٥، ص ص ٢٢٥-٢٣٩).

خامساً: ارتفاع ضغط الدم:

إن التحكم الزائد في الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والمرئي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد على الجهاز العصبي مما يؤثر على إفراز بعض الهرمانات مثل: الإدرينالين والريدنين والتي تؤدي بدورها إلى ازدياد ضغط الدم، وعادة ما يكون مرض الضغط المرتفع من ذوي الشخصيات الوسواسية الذين يميلون للإتقان والنظام؛ مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعبًا ومجهدًا . (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٥٤٨).

إن كل شخص لديه بالطبع ضغط دم لأن القلب يضخ الدم خلال الجسم تحت ضغط، ولو استمر ضغط الدم مرتفعًا، حيث إن قراءة ضغط الدم ١٤٠/٩٠ تعد عالية، ويكون الجهاز الدوري (القلب والأوعية الدموية) تحت ضغط وشدة، وحين يحدث ذلك لسنوات يكون الفرد في خطر متزايد من حدوث جلطة أو أزمة قلبية.

وضغط الدم هو عبارة عن قوة الضغط الذي يمثله الدم أثناء سريانه داخل الشرايين على الجدار الداخلي لهذه الشرايين، وهذا الضغط هو الذي يحافظ على استمرار تدفق الدم ونقله من القلب إلى جميع خلايا الجسم، حيث تقوم الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب، فإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم وتعتبر عاملاً هامًا ما لمعرفة مستوى ضغط الدم والسيطرة عليه.

وضغط الدم دائم الارتفاع والانخفاض على مدى الليل والنهار في المستوى الطبيعي، وهذا التغير المستمر على مدار الساعة بسبب العوامل النفسية والانفعالية والعضوية، وكذلك العوامل البيئية التي يتعرض لها الشخص باستمرار خلال حياته اليومية تمامًا مثل ظاهرتي المد والجزر اللتان نلاحظهما على شاطئ البحر، وفي بعض الظروف قد يتعرض

الشخص لعوامل انفعالية شديدة أو يقوم بمجهود عضلي عنيف يؤدي إلى زيادة كبيرة في مستوى ضغط الدم عن المعدل الطبيعي، وأن هذا الارتفاع سرعان ما يعود إلى المستوى الطبيعي بعد زوال انفعال المجهود العضلي (أو حتى انحسار الشدة النفسية) وتعد هذه التغيرات في مستوى الضغط تغيرات طبيعية لا تمثل أي ضرر أو قلق للفرد الطبيعي.

ويمكن قياس ضغط الدم عن طريق نوعين من الضغط هما:

أ- **الضغط الانقباضي:** ويقاس عندما ينقبض القلب أثناء علمية الضخ.

ب- **الضغط الانبساطي:** ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم.

ويسجل قياس ضغط الدم على هيئة رقمين يسمى الرقم الأول الضغط الانقباضي **Systolic**، أما الرقم الثاني فيسمى الضغط الانبساطي **Diastolic**.

ووحدة قياس الضغط هي: المليمتر زئبق، والجهاز الذي يقيس ضغط الدم يدعى (سفجمو مانو متر) **Sphygmo Mano Meter** .

ولذا فإن ارتفاع ضغط الدم مرض ليست له أعراض، وإنما يتسلل إلى داخل الجسم، ويظل ربما لسنوات طويلة دون أن يكتشف، وقد يؤدي ذلك إلى مضاعفات جد خطيرة، تنعكس سلبًا على جميع أجهزة الجسم، ولذا لا عجب إن سمي (القاتل الصامت) .

ولذا فإن خطورة ارتفاع ضغط الدم تقود إلى الأمراض الآتية:

أ- يؤثر على الغشاء المبطن للشرايين مما يؤدي إلى تصلب الشرايين وضيقها مما يؤثر على المخ.

ب- يحدث الكثير من الأمراض المخية ابتداء من النسيان والدوخة وعدم التركيز إلى نزيف المخ والسكتة الدماغية.

جـ- يؤثر على شرايين القلب وعضلاته؛ مما يؤدي ذلك إلى الكثير من أمراض القلب.

د- يؤثر ضغط الدم المرتفع على الكليتين وأوعيتهما الدموية.

هـ- يؤثر ضغط الدم المرتفع على العين والشبكية. (شهاب الدين فتحي، ٢٠٠٣)

ولذا فإن الجانب النفسي يلعب دورًا لا بأس به في مثل هذا المرض مثل:

١- الارتباط بالانفعالات .

٢- التأثير بالضغوط والعجز عن المواجهة.

٣- الارتباط بسمات شخصية معينة.

٤- إن هذا المرض نوابي، أي يتأثر زيادة ونقصانًا وفقًا لضغوط وكروب الحياة.

٥- كثرة الحالات في أحد الجنسين دون الآخر.

٦- وجود تاريخ أسري للإصابة. (محمد غانم، ٢٠٠١، ص ص ٨٣-٩٧).

ولذا لا عجب أن نجد (هوارد ومارث لويس ١٩٧٥) يذكر أن العديد من الحالات من ضغط الدم المرتفع والتي تتحقق من جراء العديد من الحالات الانفعالية الشديدة، وأن ضغوط الحياة الحديثة بشكل خاص تلعب دورًا في ذلك، وأن الأشخاص المعرضين للإصابة بهذا المرض، وقد يكونون قد أصيبوا به فعلاً يتسمون بالصفات النفسية الآتية:

أ- كثرة الإحباطات .

ب- العجز عن التعبير عما يجول في نفوسهم من مشاعر وانفعالات.

جـ- الخشية المبالغ فيها من ردود أفعال الآخرين (في حالة ما إذا عبروا عن انفعالاتهم تجاههم) .

د- حساسية الضمير.

هـ- الشعور المبالغ فيه بالمسئولية.

و- الانضباط والدقة في المواعيد والعمل.

ز- المعاناة من (العدوان أو المشاعر العدائية) المكبوتة بداخله.

ح- وجود (صراعات قديمة) بين هذا الشخص وبين والديه قد تعود إلى فترة الطفولة. (هوارد، مارث لويس، ١٩٧٥، ص ص ٢٧٥-٢٧٩).

ونكتفي بهذا القدر من عرضنا المختصر لبعض الأمراض النفسجسمية.

المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- أتوفينخل (١٩٦٩): **نظرية التحليل النفسي في العصاب**، ترجمة صلاح مخيمر، وليدة رزق، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الجزء الأول، والجزء الثاني.

٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨): **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٧): **فقدان الشهية العصبي**، -الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

٤- أمال كمال (١٩٩٢): **التخيل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٥- أمال كمال محمد (١٩٩٨): **البناء النفسي للمرضى المصابين بفقد الشهية العصبي- دراسة إكلينيكية**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٦- أولتمانز، دافيسون (٢٠٠٠): **دراسات حالة في علم النفس المرضي**، ترجمة: رزق سند، القاهرة: دار الحكيم للطباعة .

٧- سحر علي طه جزر (٢٠٠١): **مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٨- شهاب الدين فتحي (٢٠٠٣): **ضغط الدم المرتفع**، القاهرة، كتاب الهلال الطبي، العدد (٤٠)، مؤسسة دار الهلال.

٩- عبد الرحمن نور الدين (١٩٩٨) **رجال ونساء - الحياة الجنسية**، القاهرة، مؤسسة دار الهلال.

١٠- فرج طه، حسين عبد القادر، شاكر قنديل، مصطفى كامل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، القاهرة: دار سعاد الصباح.

١١- كيلي بروانيل، باتريك أونيل (٢٠٠٢): **السمنة** ترجمة جمعة سيد

يوسف، في كتاب: **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي**، إشراف: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٧٤٩-٨٥٨ .

١٢- لويس مليكة (١٩٩٧): **علم النفس الإكلينيكي** - تقييم الشخصية، الجزء الثاني، القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

١٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٧): **علم النفس الإكلينيكي** - الجزء الأول، التقييم، القاهرة، جامعة حلوان .

١٤- محمد عامر (١٩٩٦): **عن الجلد والشعر سألوني**، كتاب اليوم الطبي، مؤسسة دار أخبار اليوم.

١٥- محمد غانم (٢٠٠١): **الحالة النفسية وارتفاع ضغط الدم في كتاب: أنت وضغط الدم المرتفع** (محمد غانم وآخرون)، القاهرة: كتاب اليوم الطبي، العدد ٢٣٧، مؤسسة الأخبار ص ص ٨٣ - ٩٧ .

١٦- هوارد ، مارث لويس (١٩٧٥): **النفس والجسم**، ترجمة محمد عماد فضلي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

17- Alxander, F (1990): Fundamental Concept Psychosomatic Resarch Psychosomatic Medine, New York, Mc. (Third edition).

18- Brahler, E & Applelt B. et al (1988). Body Experience Sptringger, Verlay, Berhinn Heidel fery, New York. London, Paris. Tokyo. third edition.

19- Maurizio, F & William, C. (1983): Bulimrexia: The Binge/ Purge Cycle, W. W. Norton & Company .





العلاج النفسى للاضطرابات النفسجسمية



- تاريخ العلاج النفسي.
- العلاج النفسي: تعريفه، أهدافه، محاوره.
- خطوات العلاج النفسي.
- تصنيف العلاج النفسي.
- نماذج من طرق العلاج النفسي في الوقت الراهن:-

أولاً: العلاج بالتحليل النفسي التقليدي.

ثانياً: العلاج السلوكي.

ثالثاً: العلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي.

رابعاً: العلاج بالسيكودراما.

خامساً: العلاج النفسي الجمعي.

- مراجع الفصل

العلاج النفسي للاضطرابات

مقدمة:

عرفنا فيما سبق أن العلاج الموضوعي الكامل للاضطرابات النفسجسمية يتلخص في أمرين:

أ- العلاج العضوي . ب- العلاج النفسي .

وربما يسير العلاجان معًا، وربما يسبق العلاج النفسي العلاج العضوي، وربما يدعم العلاج العضوي العلاج النفسي.

وبما أن هذا الكتاب ينتمي كاتبه إلى تخصص علم النفس، لذا سوف نقدم نظرة عامة عن العلاجات النفسية، وبالطبع يضيق المقام عن إعطاء فكرة مفصلة عن العلاجات النفسية، ولا حتى فكرة مختصرة، لذا رأينا في هذا الحيز تقديم صورة وصفية مختصرة لبعض المدارس العلاجية.

وليس من السهولة بمكان الخوض في تقديم تعريف (متفق عليه) لمفهوم الاضطراب **Disorder**، وبدون الخوض في (معايير) الحكم على سواء السلوك من عدمه. فسوف نقدم مجموعة من المحاولات لتعريف الاضطرابات السلوكية .

تعريف الاضطراب:

عرفه فرج طه وزملاؤه بأنه «الاضطراب» يعني لُغويًا الفساد، أو الضعف، أو الخلل. وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسي، وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الانفعال أو السلوك، ويعني سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه.

ولذا تتعدد أنواع الاضطرابات السلوكية، ما بين اضطراب الإدراك Im-perception، أو اضطراب الانفعال Edmotional Disorder، واضطراب الحس Paraesthesia، واضطراب الذاكرة Memory Disorder، واضطراب عقلي Mental Disorder وغيرها من أنواع الاضطرابات .

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ٩٤-٩٨)

ويعرف الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية DSM IV بأن الاضطراب نمط متكرر أو مستمر من السلوك من خلال (نمط متكرر) أو مفاجئ من العدوان تجاه الآخرين، ويمكن تصنيف ذلك في فئات أو محكات هي:

- تصرفات عدوانية من خلال التهديد بإحداث أضرار جسمية لأشخاص آخرين.
- تصرفات تنتج تخريب وتدمير لممتلكات الآخرين من خلال اللجوء إلى: التحايل (النصب)، أو السرقة، أو انتهاك القوانين والأعراف.

(DSM IV, 1994, p. 202)

وهو نفس ما يؤيده التصنيف العاشر للأمراض النفسية.

(ICD -10, 1992, p. 5-7)

في حين نجد بعض الكتابات التي تناولت الاضطرابات السلوكية يحاولون انتقاد كل ما سبق وتقديم وجهة نظرهم في موضوع الاضطراب .

فيرى جمعة يوسف: إن الاضطراب يلحق بالسلوك الإرادي في كافة أشكاله سواء كان عدوانيًا أو لم يكن ينتهك القيم والمعايير، وأنه يتكرر باستمرار ويمكن ملاحظته وقياسه. (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ٣٢)

في حين نجد العديد من الكتابات تحاول (الهروب) من تقديم تعريف لمصطلح الاضطراب مفضلين الدخول مباشرة إلى تناول تصنيفات الأمراض النفسية والعقلية، أو التركيز على محكات السواء واللاسواء للسلوك .

(انظر في هذا الصدد: ألفت حقي ب.ت ، ١٢-١٨)؛ (علاء الدين كفافي، ١٩٩٧، ٤٣-٨٣) (Lauren. B. A., et al, 1999, p. 2-25) .

وتعرف الاضطرابات السلوكية من وجهة نظرنا بأنها: كل اختلال يحدث في وظائف الأعضاء (وهنا ينفتح المجال للحديث عن اختلال الإدراك، الذاكرة....إلخ) إضافة إلى القيام بسلوكيات شاذة (أي غير مألوفة) وعدوانية تجاه الآخرين مما يدخله في (مأزق) صعوبة التوافق مع الذات، ولا مع الآخرين الذين لابد أن يتفاعل معهم.

ونكتفي بهذا القدر من الحديث عن (مصطلح) الاضطراب ونتحدث مباشرة في صلب موضوع هذا الفصل ألا وهو: العلاج النفسي **Psychotherapy** .

تاريخ العلاج النفسي:

إن الإصابة بالمرض من أوائل الأخطار التي واجهت الإنسان منذ بداية الخليقة. فقد اعتبرها الإنسان أول تهديد للبقاء، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أمراض، وكان يعاني ألوانًا من الأذى، وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام، فبدأ يفكر ويتأمل في التعاسات التي تصيبه. فكرة منذ البداية، فكرة المرض والموت، وفي فترة من الفترات اعتبر الإنسان المرض نوعًا من أنواع العقاب، أو ما من روح شريرة أو شيطان، ومادام الإنسان قد عزا المرض إلى سحر وغيره من قوى الشر الخفية، فلا جرم أن يحاول ذلك الإنسان التداوي من السحر بالسحر، فأصبح الساحر عندئذ هو طبيب القبيلة. (فرج الهوني، ١٩٨٦، ص ١٥، ولويس مليكة، ١٩٩٧، ٧-٢١) .

ولذا يحدثنا التاريخ مثلاً - أنه كان يوجد في بروسيا قانون ظل معمولاً به حتى سنة ١٢٣٠م يسمح للمرء بالتخلي عن نسائه وأطفاله وإخوانه وأخواته إذا مرضوا، وتحل عليه البركات إذا أحرقهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضًا هو أيضًا. وإذا كان الأمر كذلك في الأمراض العضوية، فكيف يكون بالأمراض العقلية؟ ولذا فقد اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالعنف والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة إذ كان هؤلاء المرضى يصفدون بالأغلال، وتكوى أجسامهم بالنار، ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتفتق عن الذهن من صنوف التعذيب، وكانت ولازالت ألفاظ مثل: الجنون تحمل في طياتها معنى التحقير والاتهام والرعب والفزع، وهذه الاتجاهات قديمة قدم

التاريخ، ولازالت لها رواسبها في طيات نفوس الكثيرين مهما بلغوا من علم وثقافة (سعد جلال، ١٩٨٦، ص١٩).

وأن المرض النفسي من أشد العوامل قسوة وعنفًا في انتزاع سعادة الإنسان وتدميرها، بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضًا، فالأسرة التي يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلي أو النفسي تعاني من كل من التعاسة والبؤس وضيق الصدر، فضلاً عما يسببه المرض من إعاقة لإنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه في العمل الوطني، وقد يقال: إن الأمراض النفسية والعقلية أمراض عصرية حديثة ، وعلى ذلك فلا توجد في مجتمعاتنا العربية بنفس القدر الذي توجد به في المجتمعات المتقدمة إلا أن هذا القول مردود عليه، إذ إن الأمراض العقلية والنفسية وجدت منذ وجد الإنسان، وتعرف عليها علماء اليونان وفلاسفتهم، ثم تناولها علماء العرب بالفحص والتشخيص والعلاج، وأقاموا المستشفيات العقلية المتخصصة والتي كانت ترعى المرضى جسميًا وعقليًا واجتماعيًا، وتعرف الإنسان منذ القدم على الجنون والخبل والهبل وذهاب العقل (عبد الرحمن العيسوي، ب ت، ص ٢،١)

ولذا فإن جذور العلاج النفسي يمكن تتبعها إلى آلاف السنين مع المعالج الأول، عندما كان هذا المعالج هو كاهن أو عراف القبيلة، كان هو المسئول عن عودة الأرواح الهاربة أو المفقودة، وكذلك شفاء الأرواح المريضة واستئصال الأرواح الشريرة التي تتلبس الجسم وشفاء الأجسام من المرض، ومن أهم عناصر ممارسة الطقوس الكهنوتية هو إعادة تمثيل المأساة الأصلية التي تسببت في فقدان الروح أو تلبس الجسد بروح شريرة والتي عن طريقها نشأ المرض، وكان الكاهن لا يعمل بمفرده، بل يساعده آخرون.

(لطفي فطيم ١٩٩٤، ص١٧-١٩ . محمد حسن غانم، ٢٠٠٩، ص١٤-٢١؛ (Ellenbrgre, 1970,

والخلاصة أن بدايات العلاج النفسي للأمراض النفسية والعقلية وانحرافات السلوك قد وجدت علاجًا لها لدى الكهنة والسحرة والمنجمين أو الذين يعتبرون بحق الجذور الأولى لعلاج هذه الاضطرابات. ولذا فإن لطفي

فطيم (١٩٩٤) يرى «أن كل جماعة إنسانية قد خلقت في ثقافتها الأساليب والطرق التي تكفل لها سد حاجتها في علاج أولئك الناس، لقد ظهر العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة عبر العصور ليقوموا بتلك المهمة، كما ظهرت في كل العقائد أفكار وأساليب مختلفة لعلاج هؤلاء الذين مستهم الجن أو تلبستهم الشياطين، لقد خلقت الجماعات والثقافات على مر العصور أساليب التدعيم والاطمئنان، وعلاج اضطراب السلوك الملائمة لظروفها وزمانها، وكان حكماء وفلاسفة العصور القديمة علماء ومنجمون.. ولقد كان هؤلاء جميعًا هم الأجداد والجذور التي انبثق منها العلاج النفسي المعاصر، وما المعالج النفسي إلا شخص يقدم في اللحظات الحرجة والمواقف العصيبة العلاج الشافي الذي تؤمن به الثقافة المحيطة (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٣٩).

ولذا فقد حاول العديد من المعالجين النفسيين، القيام بمحاولة تاريخية لتتبع أهم الإرهاصات في تاريخ العلاج النفسي .

انظر على سبيل المثال دراسات كل من:

(Jane. W. Kessler, 1992, pp. 3-20)

(Phillp Cushman, 1992, 1992, pp. 21-64)

(Gary. R. V. et al, 1992, 65-102)

العلاج النفسي عبر العصور

أولاً: العصور القديمة:

لقد بينت الدراسات إرجاع الأمراض النفسية والعقلية إلى قوى فوق طبيعية، ولذا فلو أخذنا على سبيل المثال - الحضارة المصرية القديمة نجد أن الفكرة السائدة لدى المصريين القدماء عن أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه، أو أن هذه الأرواح بعد دخولها تحدث تلفًا في أماكن متعددة من الجسم، وهنا يظهر دور الطلسم والسحر لطرد هذه الأرواح والقضاء عليها بالرقى والتعاويذ. (صبري جرجس، ١٩٦٧).

أما عن العلاج النفسي عند العرب قديمًا فقد وجدت العديد من التوسلات والتضرعات الكثيرة إلى الآلهة، بقصد الحصول على الصحة والعافية والشفاء من الأمراض التي نزلت بالمتوسلين، وحمايتهم من الأوبئة التي تفشت بين الناس، مما يثبت العلاقة الوثيقة بين الكهانة في الجاهلية والطب، فلابد أن يكون السحرة والكهنة هم الذين مارسوا الطب، وعالجوا المرضى بالسحر والأدعية أو حتى بالأدوية المجرية (فرج الهوني، ١٩٨٦، ٢٨، محمد حسن غانم ٢٠٠٩، ص٧-٩) .

وكانت أبرز وسائل العلاج عند العرب في جاهليتهم الكي بالنار لاعتقادهم كغيرهم من الأمم السابقة أن سبب الأمراض التي تصيب أرواح شريرة، لا يوقي منها ولا يشفي إلا الكهان، والراقين، والسحرة، والمشعوذين، وعرفوا أيضًا تزويد المريض بالدم النقي عندما تنزف الجروح إلا أن المصادر التي تبحث في تاريخ الطب لم تذكر لنا كيف كانوا يقومون بذلك. (أحمد شوكت، ١٩٧٠، ٣٤).

أما عن نظرة **اليونانيين القدماء** إلى المرض العقلي والعلاجي فتتلخص في أمرين:

الأول: إن هناك مرضى مقدسين/ طيبين، شيطانهم جيد، ولذا يجب المحافظة على مثل هذه النوعية من المرضى، وخاصة مرضى الصرع، حيث

كان ينظر إليه على أساس أنه مرض مقدس، وكان كل من يصاب به يعامل بكل إجلال وتقدير واحترام.

الثاني: فئة مرضى العقل الأشرار، حيث كان يسود اعتقاد مؤداه أن شيطانًا شريرًا قد تجسدهم، ولذا يجب أن يضطهدوا ويعذبوا أقسى درجات العذاب حتى لا يجد الشيطان الشرير مكانًا مريحًا في الجسد، علمًا بأن هذه النظرة التي سادت قد وجدت من يعارضها من المفكرين مثل: أبقراط، اسكلبياديس، وجالينوس، وغيرهم ممن تركوا بصماتهم في تاريخ الطب العقلي والعلاج النفسي.

ثانيًا: العلاج النفسي في العصور الوسطى:

(أ) في الغرب:

إن المتتبع لتاريخ العلاج النفسي في الغرب في العصور الوسطى يجد انتشار ما يسمى بفكرة سفينة المجانين، وهي فكرة سيكولوجية خيالية، رمزية، حيث كان المجتمع آنذاك يؤمن بفكرة ترحيل المجانين عبر البحار، تعبيرًا عن رغبة دفينة في إقصاء المجانين؛ تطهيرًا لهم من شرورهم، وبعد أن كان الجنون في العصور القديمة، بل والعصور الوسطى أيضًا ظاهرة روحية غيبية ترتبط بفكرة الأرواح الشريرة، أصبح في عصر النهضة ظاهرة تجريبية دنيوية تقترن بحالة من الشذوذ والانحراف تستوجب من المجتمع العمل على اتخاذ إجراءات أمن ضدهم، وبالتالي التعامل مع المرضى الفعليين، إما بالإقصاء أو الحبس أو تحديد الإقامة وغير ذلك من أساليب الدفاع والتحصين.

كذلك انتشرت في العصور الوسطى في أوربا فكرة طرد الشيطان وكان يجتاح أوربا موجة من الهياج الهيستيري، وكانوا يطلقون عليه في ذلك الوقت **«مرض الشيطان»**، ونظرًا لأن دور الإيحاء لم يكن متبلورًا في إحداث الهستيريا في تلك العصور فإنه كان في إمكانية مريض الهستيريا أن يوحي لنزلاء دير بأكمله فيحولهم إلى هستيريين. ولذا فقد ارتبطت الهستيريا في ذلك الوقت بالسحر والشعوذة ارتباطًا كبيرًا.

كما يرتبط بالعصور الوسطى ظهور المسيحية، وأن شفاء المرضى بالطريقة التي اتبعها السيد المسيح عليه السلام تتمشى مع المبادئ العلاجية في علم النفس؛ لأنها توفر شرطين أساسيين هما: إيمان المريض (الدافعية) بقوة نفس المعالج، كذلك ناشد السيد المسيح الحواريين أتباعه المقربين إليه أن ينشروا رسالته ويعالجون المرضى يقول لوقا: **«وقد رعى تلاميذه الاثنى عشر وأعطاهم قوة وسلطانًا على جميع الشياطين وشفاء الأمراض، وأرسلهم ليكرزوا بملكوت السموات ويشفوا المرضى»** (إنجيل لوقا ٩ - «١-٢»).

وكان الاعتقاد السائد حينذاك أن الشياطين والأرواح الخبيثة تسكن أجسام الناس وتسبب لهم الصرع والجنون. وكان علاج هؤلاء يسمى العلاج بالكرامة، أما علاج السيد المسيح فيسمى العلاج بالمعجزة، وقد شاع أمر العلاج خلال القرون الوسطى في أوربا، ولا يزال هذا النوع من العلاج يمارس حتى الآن بين أرباب الديانات المختلفة، وطريقة العلاج لاتزال واحدة، وتقدم على أساس الإيمان والعقيدة ولا يختلف بعضها عن بعض، إلا في اسم الإله المعتقد فيه الذي يستعان به . (عبداللطيف أحمد، ١٩٨٦، ٩١).

ب- العلاج النفسي في الثقافة العربية الإسلامية:

عرفت الثقافة الإسلامية نمطين من العلاج للأمراض هما: الطب النبوي والطب الإسلامي.

- **فأما الطب النبوي:** فهو مجموعة من الأحاديث الشريفة خاصة بالمرضى تحتوي على وصفات لعلاج بعض العلل والأمراض، والرسول ﷺ هو القائل: «أنتم أعلم بأمور دنياكم»، وبهذا أشار إلى الاعتماد على ما يختص بمهنة الطب، وتناول الطب النبوي الصرع والجنون، فكان الرسول ﷺ يعالج المصروعين بآية الكرسي، وكان يأمر بكثرة قراءتها على المصروع، ومن يعالج بها وبقراءة المعوذتين .
- أما الطب الإسلامي فهناك من يرجعه في قيمه وتعاليمه وأصوله إلى المعتقدات الإسلامية النابعة من القرآن والسُّنَّة. والفلسفة للمرض والعلاج في الطب الإسلامي ترتكز على فكرة مؤداها أن المرض جزاء انحراف

المرء عن منهج الله لقوله تعالى: ﴿**وما أصابك من سيئة فمن نفسك**﴾. ولذا فقد يتوصل المريض إلى الله بقراءة القرآن مثل سورة الفاتحة وآيات الشفاء لقوله تعالى: ﴿**وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين**﴾ (الإسراء: ٨٢)، مع التركيز على أن الشفاء يكون للأمراض النفسية والجسدية. (علي محمد مطاوع، ١٩٨٥، ٣٦) .

وقد أفضنا في عرض فلسفة العلاج في الدين الإسلامي والمسيحي لوجود علاجات نفسية شعبية تتم حتى الآن راجين أن نعود تفصيلاً إلى مناقشة هذا النوع من العلاج .

ويتضح مما سبق أن معاملة العرب في عصور الإسلام المختلفة للمرضى بأمراض عقلية كانت تختلف في كثير من الأوجه عن تلك التي يلقاها هؤلاء المرضى في العالم الغربي للأسباب الآتية:

١- إن العقيدة الإسلامية تنهى عن قتل النفس التي حرَّم الله قتلها إلا بالحق، وكذا المعاملة الإنسانية للآخرين.

٢- تأثر أطباء العرب برواد اليونان الأوائل في الطب من أمثال أبقراط وإسكيباديس وجالينوس، ويبدو ذلك واضحًا في فلسفة ابن سينا .

٣- اهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالعمران، ويدخل في ذلك اهتمامهم بإقامة المستشفيات، ووقف الأوقاف لها، ولعل تاريخ البيمارستانات في العالم الإسلامي خير مثال على ذلك، علمًا بأن كلمة البيمارستان كلمة فارسية مركبة من كلمتين «بيمار» وتعني مريض أو عليل، و«ستان» بمعنى مكان أو دار أي أن الكلمة تعني: دار المرضى. (أحمد عكاشة، ٢٠٠٢، ١٤-٢٧).

٤- اهتمام الإسلام بالعلاج النفسي، ويتضح ذلك في النقاط الآتية:

أ- للمريض حق على الصحيح وهو حق العيادة، ولقد شدد الرسول ﷺ في ذلك . يقول الحديث القدسي: «**إن الله عز وجل يقول يوم القيامة: يابن آدم مرضت فلم تعدني، قال: يارب كيف أعودك وأنت رب العالمين؟ قال: أما علمت أن عبدي فلانًا مَرِضَ فلم تعده، أما علمت أنك لو عُدْتَه لوجدتني عنده**».

ب- ركز الإسلام على صلابة النفس وعدم اليأس أو الضعف، ولعل هذه الفلسفة ناتجة من أن صلابة النفس كثيرًا ما تساعد على شفاء المرض الأصلي.

جـ- مهما اشتدت الأزمات الصحية لا يجوز للفرد أن يفكر في التخلص من حياته، بل لا يجوز له أن يتمنى الموت. (إبراهيم الصياد، ١٩٨٥، ١٧-٢٠).

ثالثًا: العلاج النفسي في عصر النهضة:

بالرغم من التقدم العلمي الذي تم إبان هذه الفترة من خلال اختراع الميكروسكوب، واكتشاف دورة الدم، ودوران الأرض حول محورها وتأسيس علم الطبيعة على يد نيوتن، إلا أن الأمراض العقلية وعلاجها ظلت بعيدة عن مجال البحث والدراسة والاستطلاع، وظل المرضى بأمراض عقلية يعانون من الاضطهاد والقسوة .

لكن نجد العديد من الذين تحدوا هذه الأفكار ومنهم «باراسيلوس» والذي نادى بمدخل إنساني في ضرورة التعامل مع كل المرضى وخاصة مرضى العقل، ومارس علاجًا يعتمد على مغناطيسية الجسم عرف فيما بعد بالتنويم المغناطيسي، واعتمد في تأثير القمر والأفلاك على الإنسان، وقد جمع بين المعتقدات الميثولوجية في عصره وبين الطب.

كذلك جهود «جوهان واير» **Johan Wayer** (١٥١٥-١٥٨٨) والذي قاد حملة ضد أعمال الشعوذة وتعذيب مرضى العقل، وأصدر كتابًا شرح فيه أساليب تعذيب المرضى وإحراقهم، وكان «واير» أول طبيب متخصص في الأمراض العقلية، وكانت له خبرة واسعة تؤهله لأن يكون مؤسس علم النفس المرضي الحديث، وتمتع بحس إكلينيكي ساعده على وصف أمراض كثيرة مثل ذهان التسمم والصرع وذهان الشيخوخة والكوابيس الليلية والبارانويا والاكتئاب، وأدرك أهمية العلاقة بين المعالج والمريض، وأهمية اتباع المبادئ العلمية في الفحص والملاحظة الإكلينيكية . (سعد جلال، ١٩٨٦، ٤١،٣٥).

وحتى نهاية القرن السادس عشر لم يكن العلاج النفسي قد ظهر بالشكل العلمي المقبول، فمع بدء عصر النهضة بدأت القواعد الأساسية به للعلم الحديث والمبنية على عناصر الملاحظة والتجربة والقياس، حيث بدأت

في العلوم الإنسانية في الاتحاد، ولذا فقد أصبح علم واحد، ولكنه ذو فروع علمية أيضًا متعددة (Lotze, 1990)، ويمكن القول: إن عام ١٧٧٥م قد شهد البداية الحقيقية لمولد علم النفس كعلم منفصل عن العلوم الدينية، ففي بداية تلك السنة قام الطبيب أنطوان مسمر Mesmer أحد الأطباء المشهورين في هذا العصر، وأحد رواد حركة التنوير في العصر الثامن عشر، حيث قام هذا الطبيب بتحدي أحد أشهر الكهنة المسيحيين المشهورين بالعلاج النفسي، وبدأ في مقارنة نتائج علاجاته بالتنويم المغناطيسي بنتائج هذا الكاهن، والمعتمدة على طرد الأرواح والتعاويذ، وأثبت أن نتائجه أفضل بكثير من نتائج هذا الكاهن؛ إذ كان يدعو إلى أهمية التركيز على «السببية» في المرض وعدم القبول بمبدأ الخرافات والموروثات العمياء، وكان لديه القدرة على إعطاء أسباب عقلية وعلمية مقبولة عن سبب المرض النفسي، ومع أنه أقام دعائم التنويم المغناطيسي، ودفع به بعيدًا عن مهنة طاردي الأرواح ورجال الدين، إلا أنه كان مفرط في الحماس، وتصور أنه قد توصل للعلاج الشافي لكافة الاضطرابات النفسية والعقلية.

حركة بيرز:

لا يكاد مرجع من مراجع الصحة النفسية والعلاج النفسي إلا ويشير إلى حركة كليفورد بيرز Clifod Bears، وكان طالبًا في كلية الطب، ثم أصيب بمرض عقلي (جاوز الانتحار)، فدخل المستشفى، ومر بطرق من العلاج التي كانت سائدة آنذاك، وقد كتب ذكرياته عن هذه الفترة في كتاب بعنوان: عقل وجد نفسه A Mind that found it Self والحركة الإصلاحية في العلاج النفسي التي تزعمها بيرز تتلخص في الأهداف الآتية:

١- العلاج على تغيير الاعتماد السائد بأن الأمراض العقلية لا يمكن علاجها.

٢- العمل على اكتشاف الأمراض العقلية في مراحلها الأولى للوقاية منها قبل أن تصبح مستعصية.

٣- تحسين الظروف الموجودة بالمستشفى ومعاملة المرضى معاملة إنسانية.

(محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩، ٢٨١)

وقد ساعد نمو العلوم في أوائل القرن الثامن عشر في مجالات التشريح والفسيولوجي والأعصاب والكيمياء والطب العام، وقاد ذلك إلى الكشف عن الجوانب العضوية في المرض والتي تسبب الأعراض الجسمية، وكانت تلك الأبحاث هي التي قادت إلى إظهار حقيقة المرض العقلي مثله مثل أي مرض آخر له البوثولوجية العضوية، في المخ، وقد تأكد ذلك الاتجاه على يد «فون هاللر» (١٧٠٨-١٧٧٧) في أبحاثه حول أهمية المخ في الوظائف النفسية، وأن الأمراض العقلية يمكن تفسيرها في ضوء باثولوجية المخ.

ثم جاء كرايبلن (١٨٥٦-١٩٢٦) ليقدم تصنيفًا ووصفًا للمرض العقلي وحدد أسبابه وأعراضه ومآله، ووصف أعراضًا أهمها ذهان الهوس والاكتئاب والفصام، وأدخل علم النفس الفسيولوجي، وإبراز أهميته في مجال العلاج النفسي، وأكد ضرورة علاج مرض معين، بل وأقام أول معهد للبحوث به قسم خاص لعلم النفس التجريبي والمرضي، ويعتبر الكثير من المؤرخين لتاريخ العلاج النفسي «أبو الطب النفسي الحديث».

وقد ازدهرت في هذه الفترة أيضًا «علم الأعصاب» حيث تم التركيز على الجوانب العصبية وأثرها في إحداث المرض العصبي، ولذا فإن الفحص والتشخيص والعلاج قد أصبحوا أكثر دقة، وبذلك انفتح المجال وتراكمت المعلومات حول طبيعة وعلاج الأمراض العقلية والنفسية والعصبية.

وكذلك جهود شاركو **Charcot** (١٨٢٥-١٨٩٣) والذي أسهم إسهامًا واضحًا في تقدم العلاج النفسي وركز اهتمامه- هو وتلامذته- على مرضى الهيستريا مستخدمين التنويم الإيحائي في العلاج.

كما حظيت دراسة اللاشعور باهتمام بالغ خلال أخريات القرن التاسع عشر والتي بدأها شاركو من خلال دراسته لحالات الهستيريا وعلاجها بالتنويم المغناطيسي وافتتح فرويد **Sigmund Freud** (١٨٥٦-١٩٣٩) القرن العشرين بنظرياته في اللاشعور ومكونات الجهاز النفسي وميكانيزمات الدفاع، والنمو الجنسي عند الإنسان، وكذا اهتمامه بدراسة كل ما يصدر عن الإنسان من خلال مبدأ الحتمية والمعنى والدلالة كالهفوات وزلات اللسان والقلم والأحلام، وكذا النشاط الإبداعي والجنسي والعدواني. ومازال لهذه المدرسة تلاميذ مخلصون حتى الآن.

والعلاج في التحليل النفسي التقليدي ينهض على طريقة التداعي الحر والتفريغ الانفعالي وتحليل الأحلام والإيحاء وتفسير المقاومة والطرح.. إلخ كما أن العلاج بواسطة التحليل النفسي يستغرق وقتًا وجهدًا طويلين، أي أنه أحد الأشكال النفسية المكلفة التي قد لا تتاح إلا للميسورين، وأن الهدف الرئيسي من التحليل النفسي هو إعادة تنظيم بناء الشخصية، وهذا يشمل زيادة مساحة الاستبصار أو التكامل الشخصي **Personal Intergration** والفاعلية الاجتماعية والنضج النفسي، أو بغض النظر عن هذه الانتقادات حيث يشترط مثلاً في المعالج أن يمر بخبرة التحليل تحت إشراف محلل نفسي آخر مثلاً - إلا أنه لا ينكر إلا جاحد محاولات التحليل النفسي الرائدة في التخفيف من تعاسة ومعاناة الإنسان، وقد وجه تيار التحليل النفسي العلاجي العديد من الانتقادات. (رشدي فام منصور، ٢٠٠٠، ١٣-٣٤).

ثم حدثت حركة انشقاق على فرويد من تلامذته وطرأت تعديلات على نظريته فيما تسمى بحركة «الفرويديون الجدد» حيث أسس الفريد أدلر **Ad-ler** (١٨٧٠-١٩٣٧) نظريته المعروفة باسم: علم النفس الفردي حيث ركز على الصدمات النفسية والمؤثرات الثقافية والاجتماعية، وأدخل العديد من المفاهيم الجديدة مثل: أسلوب الحياة وعقدة النقص، واهتم في العلاج بالتخلص من عقدة النقص وتعديل أسلوب الحياة من خلال اهتمامه بالأنماط الثقافية والتربوية والاجتماعية السائدة رافضًا - مثل غيره الحتمية البيولوجية التي حتم بها فرويد مصير الإنسان.

وأسس كارل يونج **Jung** (١٨٧٥-١٩٦١) مدرسة علم النفس التحليلي، وقدم نظرية الطاقة النفسية، واهتم بالدين والمسائل الروحية، واستخدم في العلاج طريقة التداعي الحر، وتداعي الكلمات وأدخل العديد من المفاهيم مثل: اللاشعور الجمعي والنماذج الأصلية، واهتم بالدين والمسائل الروحية وطوع هذه المفاهيم في العلاج كما حدد الأنماط النفسية المعروفة (الانبساط - الانطواء) . (يونج، ٢٠٠٣) .

أما كارن هورني **Horney** (١٨٨٥-١٩٥٢)، فقد اهتمت بالاتجاهات العصابية، وكيف أن العلاقات الاجتماعية السليمة في العلاج وإعادة تربية

وتعلم الفرد كيف يتعامل مع الآخرين.. كأحد المداخل العلاجية الهامة في هذا الصدد.

وهكذا نجد العديد من الفرويديين الجدد الآخرين أمثال أتورانك، هاري ستاك سوليفان وغيرهم قد اهتموا بالطبيعة الثقافية، وكل منهم قد ساهم في إضفاء تعديلات في نظرية فرويد الأصلية .

(حامد زهران، ١٩٩٧، ٢١٢)

ثم نشطت حركة القياس النفسي، حيث أصبحت الاختبارات النفسية الآن من أهم الأدوات التي يلجأ إليها المعالج النفسي والتي تساعده في عملية التشخيص وتحديد جوانب الاضطراب لدى شخصية المريض.

كذلك ساهمت الحرب العالمية الأولى في ظهور العديد من البحوث التجريبية والكلينيكية التي أدت إلى اكتشاف بعض الطرق العلاجية مثل علاج غيبوبة الأنسولين على يد «ساكيل **Sakel**» أو علاج الرجفة الكهربائية على سيد سيرليتي وبيني **Cerlettiand Bini**، وجراحة الفص الجبهي. ونما علم الطب النفسي والعصبي، وأصبحت المستشفيات وحدات علاج نشطة أكثر منها للرعاية فقط.

كذلك ساهمت الحرب العالمية الثانية في نمو تيار الاختبارات النفسية الجمعية، وظهور أفكار جديدة مثل العلاج النفسي الجماعي، والعلاج النفسي المختصر، والتوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني..إلخ.

اتجاهات العلاج الحديثة في الثقافة الغربية:

تعتمد الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي في الثقافة الغربية على مناهج ومداخل مختلفة تتلخص في مضمونها الأيديولوجية العامة السائدة نحو المرض النفسي والعقلي في الغرب.

ويمكن الإشارة إلى ثلاثة اتجاهات رئيسية في العلاج هي:

الاتجاه الكيميائي: والذي يركز على العقاقير الطبية والجلسات الكهربائية .

الاتجاه الثاني: ويشمل العلاج بالتدخل الجراحي في بعض الأمراض العقلية.

الاتجاه الثالث: الاتجاه النفسي وينقسم بدوره إلى المداخل الأربعة الآتية:

المدخل الأول: مدرسة التحليل النفسي بكل ثرائها وامتداداتها الجديدة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوربا، والتي تعتمد في الأساس على العلاج الفردي.

المدخل الثاني: المدخل السلوكي إعادة الترتيب وأيضًا كافة التعديلات والتحويرات التي جرت على هذا التيار العلاجي.

المدخل الثالث: العلاج الجمعي من خلال الجلسات العلاجية والسيكودراما والعلاج بالعمل.

المدخل الرابع: ويعتمد على علاج الوسط الاجتماعي، والعلاج الأسري والعلاج المجتمعي (عمر شاهين، يحيى الرخاوي ١٩٧٣، ٤٤٢-٤٤٥) (عبداللطيف أحمد ١٩٨٦، ١٢٧).

وهكذا يتضح من العرض السابق كيف أن الإنسانية قد عرفت الأمراض النفسية والعقلية منذ نشأتها، وكيف تعاملت مع المرض العقلي بأساليب السحر والشعوذة، وكانت كل المجتمعات الإنسانية تقريبًا حينذاك تستخدم نفس الأسلوب في ردود أفعالها تجاه «الجنون» مبني على أساس أنهم أشخاص قد تلبستهم الشياطين، بل هم الشياطين أنفسهم، ثم جاءت مرحلة استخدام التصورات الدينية في احتواء المرض العقلي من خلال ظهور المسيحية في الغرب والإسلام في الشرق، ومع عصر النهضة في أوربا انتصر العقل، وتم طرح التفسيرات الغيبية للأمراض العقلية جانبًا في حين أن بقايا العصور الوسطى والقديمة البدائية مازالت آثاره باقية حتى الآن في ثقافتنا العربية من خلال مفاهيم مس الجان، السحر، التلبيس.

وقد تنوعت وتراكمت الخبرات العلاجية للتعامل مع الأمراض النفسية والعقلية مع ضرورة الأخذ في الاعتبار المناخ الثقافي السائد ونظرته إلى مثل الأمور.

ويمكن أن نقدم مراحل تطور العلاج النفسي وفقًا لتصور **(Kendell and Norton - Farel 1983)** في تقديم الخصائص العامة المشتركة بين مناهج

العلاج النفسي، وأهدافه، وعوامل فعاليته ونتائجه على الشخصية والسلوك من خلال عرض المداخل الرئيسية وهي:

العام	مراحل التطور
١٧٩٣	بينيل Pinel العالم الفرنسي والذي دعا إلى تحرير المرضى العقليين من القيود، دعا إلى ضرورة الالتزام بقواعد أخلاقية/ إنسانية في علاج المرضى.
١٨٢٤	تود Todd يؤسس مكانًا أو مستشفى لخدمة المرضى العقليين وفق بعض القواعد الأخلاقية/ الإنسانية والعلاج البيئي.
١٨٤٠	بداية إنشاء المستشفيات العقلية.
١٨٩١	برنهايم Bernhiem يقدم وصفًا للعلاج بالتنويم المغناطيسي.
١٨٩٥	برويرر Brem وفرويد S. Freud يضعان طريقة الطرح وأهميته الفعالة في العلاج بين المريض والمعالج.
١٨٩٦	ويتمر Witmer يدعو إلى العلاج التربوي في العيادات النفسية.
١٩٠٠	فرويد يصوغ نظرياته في الأحلام والتداعي الحر الطليق من حيث أهميتها في العلاج النفسي.
١٩٠٥	ورشتسر وبرات يبدآن طريقة العلاج الجمعي Grapthenap.
١٩٠٥	فرانز يبدأ في تعليم المرضى بالاضطراب العضوي المصحوب بفقدان القدرة على الكلام كي يستعيدوا قدرتهم على استخدام اللغة.
١٩٠٦	جانييت Janet يحاول الاهتمام بالاضطرابات السيكوباتية حيث يقترح إعادة تعلم استجابات المنافسة في المواقف الاجتماعية كطريقة لضبط الاندفاع والتهور لدى هذه الفئة .
١٩٠٨	ديبوا Debois يدعو إلى العلاج من خلال أسلوب الكلام لإقناع المريض بالتغير الإيجابي / الفعال .

العام	مراحل التطور
١٩٢٠	واطسون وراينر Reyner يصفان نموذج الحالة مرضية وكيفية اكتسابها الخوف وفق قواعد التشريط والتعلم البافلوفي.
١٩٢٢	أدلر يبدأ العلاج الأسري من خلال إجراء المقابلات العلاجية.
١٩٢٨	يبدأ ظهور تكنيك العلاج باللعب من خلال فرويد.
١٩٣٢	مورينو يقدم مفهوم العلاج الجمعي ومن قبله العلاج بالسيكودراما.
١٩٣٤	ألن Allne يقدم ما يسمى بالعلاج السلبي، والذي أثر في كارل روجرز فيما بعد .
١٩٤٢	كارل روجرز يؤسس طريقة العلاج المتمركز حول العميل.
١٩٤٦	بفضل إلكسدر وفرانش تظهر طريقة التحليل النفسي المختصر لتصحيح الخبرات الانفعالية.
١٩٤٨	ليفين وزملاؤه يقدمان قواعد جماعات التدريب T. Groups .
١٩٤٨	يتسلهابم وزميله سيلفستر يطوران قواعد العلاج البيئي Mitiev Therapy
١٩٤٩	ساتر يدعو إلى العلاج النفسي من خلال فنية الفعل المنعكس الشرطي وينشر كتابًا بنفس العنوان؛ مما أدى إلى بلورة العلاج التوكيدي والتطميني فيما بعد.
١٩٥٠	دولارد وميلر حاولا التوفيق بين نظرية التحليل أو التعليم من خلال ما قدماه عن الشخصية والعلاج النفسي.
١٩٥١	ظهور العلاج الجشطالتي بفضل جهود العالم بيرلز Berls

العام	مراحل التطور
١٩٥٢	إيزنك والذي قدم انتقادات لاذعة إلى العلاج بالتحليل النفسي.
١٩٥٣	فرانكل ودعوته إلى العلاج بالكلام كمنهج من مناهج العلاج النفسي الوجودي.
١٩٥٣	سكينر يطبق نظرياته وتجاريه في التشريط الإجرائي في ميدان العلاج وتعديل السلوك .
١٩٥٤	سوليفان يقدم منهجه في العلاج بين الأشخاص Intepersonol
١٩٥٧	أكرمان يقدم منهج العلاج الأسري، مع وضع القواعد له.
١٩٥٨	وولبي مفهوم العلاج من الكف المتبادل.
١٩٥٨	ألبرت إليس يقدم قواعد العلاج العقلاني Retional T.
١٩٦٣-١٩٧٠	ظهور العلاج الجنسي Sextherapy بفضل ماسترز وحرمه .
١٩٦٤	ظهور العلاج بطريقة التحليل التبادلي/ التفاعلي Tnanoac-tional - Analysis بفضل جهود بيرن Bern.
١٩٦٤	ظهور العلاج المعرف للاكتئاب بفضل جهود بيك Beck
١٩٦٨	وضع أسلوب اقتصادي، التدعيم في العلاج بفضل جهود كلاً من إيلون وازريني .

(نقلاً عن Kendal, P, C. etc, 1983, pp : 35-36)

العلاج النفسي

تعريفه - أهدافه - محاوره

العلاج النفسي هو أقدم العلاج ؛ لأنه قديم قدم الإنسانية، ولذا فإن التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي Psycho Therapy ومنها هذه التعريفات:

١- العلاج النفسي هو علاج اضطرابات الشخصية Personality Disturbances باستخدام الوسائل السيكولوجية أو علاج سوء التكيف Maladjustment أو الأمراض العقلية Mental Illnesses ويمكن أن يشترك في عمليات العلاج أرباب عدة تخصصات، فالمشاكل الخفيفة يمكن معالجتها عن طريق المساعدة من غير ذوي الاختصاص كالآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات، والأصدقاء (عبد الرحمن العيسوي، ب.ت، ١١) .

٢- العلاج النفسي نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج - وهو شخص مؤهل علميًا وفنيًا - بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته، واستغلال إمكاناته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجًا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (حامد زهران ١٩٩٧، ص ١٨٣) .

٣- ويعرف أنطون أستور العلاج النفسي بأنه: «فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية» (أنطون استور، ١٩٩١، ٤) .

٤- ويعرف روتر العلاج النفسي بأنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفًا منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كليهما معًا (جوليان روتر، ١٩٨٤، ١٣٧) .

٥- ويعرف «ولبرج» العلاج النفسي: بأنه شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الصبغة الانفعالية، حيث يحاول الشخص المعالج ومن خلال الخبرة والمران والتدريب أن يقيم - قاصدًا- علاقة مهنية مع الطرف الآخر المريض بهدف إزالة أو تعديل أو إبعاد وتأجيل ظهور أعراض موجودة أو أنماط منحرفة وغير سوية من السلوك، هادفًا إلى النمو الإيجابي للمريض، بل وتطوير شخصيته (Wolberg, 1967, p.3).

٦- ويعرف ب. فابريكانت (B. Fabrikant, 1994) في الموسوعة النفسية للعلاج النفسي بأنه طريقة للتعامل مع المرضى بهدف مساعدتهم على تعديل وتغيير أو إنقاص العوامل التي تقف عقبة في التوافق مع الحياة بفاعلية، ويتم ذلك من خلال العلاقة المهنية والتفاعل بين المعالج والمريض، ووفقًا لطبيعة المشكلة أو اتجاه المعالج تكون الطريقة والأسلوب العلاجيين (B. Fabrikant, 1994) .

ونكتفي بهذا القدر من التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي لكي نقف على الحقائق الآتية والتي أبرزتها تلك التعريفات السابقة:

١- تعدد وتنوع التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي، ولعل السبب في ذلك - كما يقول روتر يرجع إلى أن من الألفاظ التي يساء فهمها بدرجة أكبر مما عداها إضافة إلى أننا لا نجد عملية واحدة - للعلاج النفسي وإنما نجد عدة أنواع بينهما من أوجه الاختلاف قدر أكبر مما بينهما من أوجه التشابه، إضافة إلى أن معنى كلمة «العلاج النفسي» في تغير دائم من الماضي إلى الحاضر (جوليان روتر، ١٩٨٤، ١٨٧ : ١٨٨) .

٢- إن الموقف العلاجي ينشأ من حقيقة وجود شخص مضطرب، وشخص آخر متدرب للتعامل مع هذه الاضطرابات ومن هنا تنشأ العلاقة المهنية العلاجية .

٣- إن الشخص المنوط به القيام بالعلاج يجب أن تتوفر فيه العديد من الشروط أشارت العديد من التعريفات إليها بصورة إجمالية (مثل الإعداد والتدريب والخبرة والمران)، أي أنه لا يصلح للقيام بالعلاج أي شخص.

٤- تعدد المنطلقات النظرية للعلاج النفسي بمعنى أي معالج لابد أن يكون له

نظرية يتبناها، وتدرب على العلاج بواسطة فنياتها، ومن ثم يكون أقدر على التعامل من خلالها من الاضطرابات.

٥- إن الشخص المضطرب هو شخص قد فقد التوافق مع نفسه، ومع الآخرين، وبالتالي فإن العلاج يهدف إلى: وقف أو تعديل أو إبعاد هذه الاضطرابات؛ مما يؤكد حقيقة التدخلات العلاجية المتوعة، إما بهذه الوقاية أو التعامل مع الاضطراب في بدايته أو العمل على «تثبيت» الأوضاع وعدم الدخول في مزيد من التدهور.

٦- إن العلاج أو الموقف العلاجي يتم في إطار من الشروط المهنية، وأن يلتزم بها كلاً من المعالج والمريض، أو ما يسمى بالتحالف العلاجي، حيث يلتزم كل طرف بما عليه من واجبات وحقوق تجاه الطرف الآخر، والمريض والمعالج يتفاعلان ويتحالفان معًا من أجل هدف محدد هو القضاء على المرض أو وقف مساره أو تعديله أو تخفيف المعاناة.

وقبل أن نختتم مناقشة التعريفات نشير إلى أمرين:

الأول: إن كلمة علاج نفسي يقابلها الكلمة الإنجليزية **Psgchotherapy** مكونة من مقطعين إغريقيين، يعني الأول المقابل لكلمة **Therapy** علاج، أما كلمة **Psycho**، فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات والمناشط العقلية. أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر في مجال العمليات العقلية أو بمعنى آخر أن العلاج النفسي هو «علاج العقل»، وفي هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التي تؤثر في السلوك الإنساني بما في ذلك الجراحات واستخدام العقاقير بالرغم من شيوع الفكرة الذائعة- حتى لدى المعالج بأن العلاج النفسي هو علاج بالكلام **Talking Cure** (لويس مليكة، ١٩٩٧، ٢:١).

الثاني: إذا كانت المنطلقات العلاجية تتنوع وتتعدد كما سيتضح فيما بعد فهذا يقودنا إلى تساؤل مؤداه: هل هناك عوامل مشتركة بين المدارس العلاجية المختلفة أم أن كل طريقة علاجية قائمة بذاتها ومختلفة تمامًا عن الطريقة العلاجية الأخرى؟

في الواقع أن هذا التساؤل قد جعل المهتمين بقضية العلاج يركزون على إبراز جوانب كل نظرية علاجية وفنياتها، فجميع الاتجاهات العلاجية تقريبًا واحدة بدءًا من مساعدة وتخفيف الهموم والمعاناة عن كاهل شخص معين وصولاً إلى الاستبصار وتعديل السلوك، وجعل الشخص أكثر توافقًا مع نفسه أولاً، ثم مع الآخرين والبيئة التي يعيش فيها ثانيًا .

ونستطيع أن نجمل الخصائص العامة المشتركة بين جميع الاتجاهات العلاجية في النقاط الآتية:

١- جميع الاتجاهات العلاجية تعمل على **الاهتمام بالعالم الشخصي- الداخلي للفرد المضطرب** أو صاحب المشكلة، وبالرغم من أن بعض أشكال العلاج السلوكي تهتم بتأثير البيئة والتعلم على السلوك، فإن كل أشكال العلاج النفسي بما فيها بعض أنواع العلاج السلوكي تهتم بالشخصية وتحسين أساليب الفرد ومشاعره ودوافعه وتوقعاته، وإذا كان غالبية المعالجين النفسيين من الاتجاهات العلاجية المختلفة يدركون صعوبة إحداث تعديل في الهيئة الخارجية في الكثير من الأحيان، فإنهم يركزون جل عنايتهم في إحداث التعديلات المطلوبة مع البيئة الداخلية للشخص، لكي يتوافق ويتلائم بكفاءة وفاعلية مع البيئة الخارجية. ولذا لا عجب أن نجد كافة الاتجاهات العلاجية تهتم بالبيئة النفسية الداخلية للفرد، حتى وإن ادعت غير ذلك.

٢- **الكفاءة المهنية:** وتركز هذه الخاصية على ضرورة توافر العديد من الشروط في شخصية المعالج كالدفء والتعاطف، وحسن التدريب والمهارة والكفاءة في إنجاح العملية العلاجية، ولذا فإن مهنية العلاج النفسي تتطلب العديد من الشروط والإجراءات وتوفر العديد من العوامل والسمات الشخصية الواجب توافرها في شخصية المعالج، إضافة إلى أن العديد من البحوث التي تناولت اتجاه المرض نحو معالج معين وجدوا ضرورة أهمية توافر عوامل الخبرة والكفاءة والنتائج العلاجية سريعة المفعول.

٣- **التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض**، وحتى لو أثارت بعض الفنيات العلاجية القلق لدى المريض، فإن ذلك يكون بهدف علاجي وتحت السيطرة، وأن جميع المعالجين في الاتجاهات العلاجية يهدفون إلى تخفيف مشاعر المريض بالقلق حتى يمكنه اختبار وفحص العوامل المسئولة عن مشكلاته بشكل أقل انفعالاً، وإذا فشل المعالجون في تخفيف حدة القلق أو الاكتئاب، فإنهم يعطون بعض العقاقير المهدئة، وهي وسائل مساعدة وليست أساسية في العلاجات النفسية، بل العديد من المعالجين لا يحبذون اللجوء إلى العقاقير حتى لا يعتاد عليها المريض، ويلجأ إليها كأسلوب علاج ذاتي كلما داهمه القلق أو أي مشاعر غير طيبة.

٤- **إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغير الإيجابي**: ولذا فإن مبدأ **الطرح** مثلاً قد ركزت عليه نظريات التحليل النفسي، وأشارت إلى أهمية التعامل مع الطرح، وكذا الطرح المضاد، حتى يمكن التعامل بكفاءة وفاعلية وموضوعية - إلى حد ما - مع مشاكل المريض، ولذا فإن مدرسة التحليل النفسي مثلاً تصر على أن المعالج أو المحلل النفسي لا يصرح له بمزاولة مهنة العلاج إلا إذا مر هو شخصيًا بتجربة التحليل تحت إشراف محلل نفسي آخر حتى يستطيع أن يتفهم مشاعره وحتى - أيضًا - لا تختلط الأمور فيعكس مشاكله هو لدى المريض، أو العكس، ومن هنا فإن العلاقة العلاجية الحقة هي التي تهدف إلى إقامة علاقة مهنية بالمريض بهدف إحداث تغيرات إيجابية لديه .

٥- إعطاء **تفسير أو توضيح** لأسباب المشكلة ومصادرها من خلال الكشف عن العوامل المكنة والمسئولة عن إحداث الاضطراب لديه، بل إن بعض المدارس العلاجية تصر على كتابة «عقد علاجي» بين المريض والمعالج، وتحدد فيه شروط وحقوق وواجبات كل فرد، وإفهام المريض الطريقة العلاجية التي ستتبع، وأسباب مشكلته وكيفية التعامل معها من خلال العملية العلاجية . (إجلال محمد سري، ١٩٩٠، ١١-١٩) .

٦- منح المريض الأمل في التغير الإيجابي، لدرجة أن فرانك Frank, 1961 قد أشار إلى أن منح المريض الأمل Hope هو الخاصية المشتركة بين كافة الاتجاهات العلاجية، وأن جميع المشاكل قابلة للحل بشرط أن يتفاعل مع المعالج، وأنه بدوره - أي المعالج - سيبذل قصارى جهده من أجل إحداث هذا التغير المطلوب حتى يعود الفرد المضطرب أكثر تحررًا وتوافقًا واتزانًا مع نفسه، ومع الآخرين.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٩٤ :١٩٦؛ Garfield, 1999, pp: 42-49)

أهداف العلاجات النفسية:

بالرغم من أن لكل منهج من مناهج العلاج النفسي أهداف خاصة، أن كافة الاتجاهات العلاجية تشترك في الأهداف العامة والتي تتلخص في:

١- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه .

٢- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.

٣- زيادة قبول الفرد لذاته .

٤- توفير أساليب أكثر كفاءة في التعامل مع المشاكل والأزمات .

٥- تقوية عامة لدفاعات الشخص.

٦- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى الشخص.

٧- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة .

٨- تغيير العادات المرضية ومساعدة الشخص على تكوين عادات ومهارات أكثر كفاءة للتعامل مع الذات والآخرين.

٩- زيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية.

١٠- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث أي انتكاسة Relaps، (Strupp, 1982, pp: 115-122) (عبد الرحمن العيسوي، ب ت، ١٩)، (حامد زهران ١٩٩٧، ١٨٦) ، (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٩٠ :١٩٢).

محاور العلاج النفسي الثلاثة:

يمكن القول بشكل عام: إن كافة أشكال العلاج النفسي الرسمي/ أو الشعبي، تتضمن استخدام أساليب وإجراءات معينة وضعت لتعدل من شخصية الفرد ونظرته إلى ذاته أو إلى الآخرين أو إلى العالم، وهذه الخاصية تميز العلاج البيولوجي الأساسي للإنسان (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٤٠:٤٢)، ولأهمية هذا المفهوم - الثقافة فقد تعددت التفريعات من منطلقات نظرية محددة، بل وتنوعت النظريات التي قدمت حول الثقافة وعلاقتها بالمجتمع (سامية الساعاتي، ب.ت) . ولذا فإن علم النفس الاجتماعي ساهم- كجزء من مشكلات الطب النفسي- بدراسة الأسباب البيئية لمرضى العقل وصحته، وفي تطوير الأساليب الاجتماعية للعلاج، مع الأخذ في الاعتبار أن الكثير من الاضطرابات النفسية أو العقلية أو السلوكية تعود إلى استجابات خاطئة للضغوط بسبب التشجيع على استخدام أساليب خاطئة من التوافق في فترات الطفولة مع درجة من العجز عن تحمل الإحباط أو العجز عن الميل للاستجابة للضغوط بالطرق الملائمة . (ميشيل أرجايل، ١٩٧٣، ١١٤).

إن العلاقة بين الثقافة والشخصية واضحة جدًا، ولعل من أهم المصطلحات التي شاعت واستخدمت في مجال الشخصية عدة مفاهيم مثل: مفهوم الشخصية الأساسية، ومفهوم الشخصية القومية، ومصطلح الشخصية المنوالية (علاء كفافي، ١٩٩٧، ١٥٩) .

كما أن هناك العديد من العوامل ذات الطبيعة الثقافية والاجتماعية **Sociocultural** داخل المجتمع والتي تؤثر في مدى انتشار **Prevalence** المرض أو معدل الإصابة **Incidence** به، وهذه العوامل قد تكون من قبيل الثقافة الفرعية، أو تكون حالة طارئة تمر بالمجتمع أو أن تكون عوامل يتعرض لها بعض أفراد المجتمع، أو أن تكون عوامل يتعرض لها بعض أفراد المجتمع في شكل عوامل ضاغطة عليهم، وأن ذكر هذه العوامل إنما يلقي الضوء على حجم التأثير الذي تحدثه الثقافة بمتغيراتها في الاضطرابات النفسية الوظيفية. ومن أهم هذه العوامل:

١- **الطبقة الاجتماعية:** حيث تشير معظم البحوث إلى شيوع الاضطرابات النفسية بصفة عامة بين أبناء الطبقة الدنيا وهناك دراسات أخرى ترجح نتائجها شيوع العصاب بين أبناء الطبقتين الوسطى والعليا أكثر مما يحدث بين أبناء الطبقة الدنيا في مقابل شيوع الذهان بين أبناء الطبقتين الأخيرتين. وأن انتشار الإحباط في الطبقة الدنيا، وضغوط العمل أو عدم توافر الرعاية الطبية وبقية الخدمات قد ساهم في ذلك .

٢- **التحضر والموقع البيئي:** تكاد نتائج الدراسات تجمع أن انتشار الاضطرابات النفسية بين سكان المدن أكثر مما هو بين سكان الريف، ويذكر بعض الباحثين أن معدلات الإصابة في المدن الكبرى تصل ضعف معدلاتها في الريف، ولعل التفسير الشائع لذلك أن الأفراد في المدن الكبرى يفتقدون العلاقات الشخصية الإنسانية. كما أنهم يتعرضون لضغط التنافس الشديد في العمل في ظل نظام يستغني عن العامل الذي لا يواكب ألوان التقدم التكنولوجي وأساليبه في العمل.

٣- **التعصب والتفرقة العنصرية:** ويظهر مفعول هذاالعامل في المجتمعات التي تضم أقليات عرقية أو دينية تتعرض للتعصب أو يمارس ضدها نوع من التفرقة العنصرية، ويدرك أفراد هذه الأقليات سلوك التعصب نحوهم والتفرقة بينهم وبين باقي المواطنين، وهذا يكون كعامل ضغط يولد قدرًا من الشعور بالاضطهاد والظلم.

فإذا كان العلاج هو محاولة القضاء على الألم، والألم في جوهره يهدف للقضاء على نفسه، فلماذا الحاجة إلى المهن العلاجية؟ حقيقة الأمر أن المجتمع في تطور تعقده يتطلب توزيع الاختصاصات بين أفراده، أي أن وجود الألم لدى البعض يتطلب أن يقوم البعض الآخر بعلاج هذا الألم، وإذا كان الألم يسعى للقضاء على ذاته، فإن كل فرد - في حقيقة الأمر- هو معالج ومريض في نفس الوقت، وأن التخصص الاجتماعي هو الذي استوجب تقسيمنا إلى مرضى ومعالجين.

ويثير د. محمد شعلان - في هذا الصدد - العديد من التساؤلات التي

قد تبدو فلسفية وسفسطائية، بيد أنها مطلوبة؛ لأنها تنير الطريق أمام المرضى والمعالجين. فالواقع أنه لا توجد لذة مطلقة ولا ألم مطلق، وإذا افترضنا اختفاء الألم وأن يكون كل شيء لذة، فإن هذه اللذة ستتحول بعد فترة إلى لا لذة، لأن اللذة موجودة أصلاً بقدر ما توجد حالة مخالفة تسبقها أو تقارن بها وهي حالة الألم، أي أن اللذة لا توجد إلا بالمقارنة مع الألم وفي إطاره، وإذا قضينا على الألم فإننا نقضي أيضًا على اللذة، وأننا نسعى للقضاء على الألم، ولكن ليس بصورة كلية؛ لأننا لو قضينا عليه تمامًا لما عادت هناك لذة. وإذا كان المعالج حليف لذة في مقابل الألم، فإنه قد يجد نفسه عاجزًا تمامًا عن القضاء على غريمه تمامًا. والمخرج من هذا الفخ هو في تقبل النقيض أي حالة الألم وحالة الرغبة في القضاء على الألم على السواء (محمد شعلان، ١٩٧٩، ١٦٠، ١٦١)، ومن هنا فإن حالة الاستبصار وتقبل أعراض معينة في إطار ثقافي معين يؤكد كل ما سبق، إضافة إلى حقيقة أثبتتها دراسات الأمراض النفسية العقلية واضطرابات السلوك ومؤداها أن السواء المطلق خرافة لا وجود لها في أرض الواقع، وأن الصحة النفسية تعني مع النفس والمجتمع وقدرة على التعامل مع الصراعات، وإذا كان التقدم العلمي فيما يتعلق بعلاج الأمراض العضوية واضح للعيان، ويتقبل الفرد الذهاب إلى أي معالج عضوي، فإن الأمر جد مختلف فيما يتعلق بالذهاب إلى العلاج النفسي نظرًا - كما سبق وأكدنا- لأنه مرتبط في الاعتقاد الشعبي بالجنون إضافة إلى العديد من فنيات العلاج النفسي مثل طول المدة، وضرورة التعاون، وأحيانًا إشراك أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها في العلاج، وكثرة التكاليف والوقت. كل هذه العوامل قد تحجب المريض عن طرق أبواب المعالج النفسي الرسمي. وإذا كان هذا يثير قضية هامة ألا وهي: وجود نسبة من الأفراد يمتلكون العديد من الأحوال، والكثير من الفراغ مما يجعلهم يقعون فريسة للعديد من الأمراض النفسية فيقصدون إلى الطبيب أو المعالج النفسي بهدف «الدردشة» و«الفضفضة» ولا يمانع المعالج طالما هم يدفعون، في حين أن من يعاني من الاضطراب النفسي قد لا يجد الوقت ولا المال لكي يسير في طريق العلاج النفسي/ الرسمي، ومن هنا كان

لابد من وجود المعالج النفسي الشعبي بتنوع مجالاته واختصاصاته بدءًا من رجال الدين، ومرورًا بالأضرحة والمقامات وحلقات الذكر والزار، وانتهاء بفتح الكوتشينة أو الفنجان والودع، وغير ذلك من وسائل. والمريض حين يذهب إلى مثل هذه الأماكن إنما يذهب مدفوعًا بعوامل ثقافية تؤكد أو ترجع أسباب الاضطراب إلى أسباب غير ملموسة (مس الشيطان أو تلبس من الجان أو ربط أو عمل)، وبالتالي فإن الطب والعلاج النفسي الرسمي يقف عاجزًا عن متابعة مثل هذه الأمور؛ لأن الطب يتعامل مع المعلوم والمحسوس على عكس العلاج النفسي الشعبي التي توكد مثل هذه الأمور، وتوهم من يتعامل معها بضرورة الالتزام بطقوس معينة حتى يتم الشفاء والعلاج، ولذا شتان بين رجل - ريفي مثلاً- يذهب إلى معالج نفسي رسمي، وآخر يذهب إلى معالج نفسي شعبي، فالأول يرفض حتى لا يتهم بالجنون هو وأسرته، في حين أن الثاني يذهب مدعمًا بالموافقة الشعبية، مع الأخذ في الاعتبار رد أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية إلى أسباب خارجية (أشخاص يترصدون الشخص ويكرهونه) فيعملون له أعمالاً تشل حركته (الربط مثلاً في العملية الجنسية)، أو تصيب عقله بلوثة أو تجعله لا يستشعر في مكانه، أو يكره زوجته، أو يتزوج بأخرى... وهكذا، على عكس الأسباب الموضوعية والتي تكمن خلف الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية والسلوكية بدءًا من البحث عن الأسباب الوراثية، ثم تحديد العوامل البيئية والأسرية والضغوط والخبرات المبكرة وطبيعة الجهاز العصبي وإفرازات الغدد...إلخ.

ثانيًا: الطرف الثاني في العملية العلاجية: المعالج النفسي:

في كتابة فن العلاج النفسي لأنطوني استور (١٩٩١) أفرد فصلاً عن شخصية المعالج النفسي (الرسمي) والصفات التي يجب أن تتوافر فيه من وجهة نظر العلاج النفسي الفردي التحليلي مؤكدًا على العديد من الصفات أهمها أن المعالج النفسي يجب أن ينمي صفة الفهم المتبادل بمرضاه من خلال فهمه لنفسه، إضافة إلى امتلاك القدرة والاستعداد للتعاطف مع مدى

واسع من الشخصيات المختلفة، وأن يكون أكثر تعاطفًا مع انفعالات الآخرين وغيرها (أنطوني أستور، ١٩٩١، ٢٢٩: ٢٥٧) وهذا ما يؤكده أيضًا كل من يريد أن ينضم إلى معاهد التحليل النفسي؛ إذ عليه أن يتعرض لتحليل شخصي قد يمتد من عامين إلى عشرة أعوام إضافة إلى مناهج في سيكولوجية التحليل النفسي والنظرية والأسلوب والتحليل تحت إشراف وضوابط (لويس مليكة، ب. ت، ١٦) بل وتعدد الشروط الواجب توافرها فيمن سيمارس مهنة العلاج النفسي من مدرسة إلى أخرى مع ضرورة إلمامه بنظرية محددة وفنياتها إضافة إلى الأمانة والود والتعاطف والعناية بالآخرين والمرونة والثقة بالنفس والذكاء وتكامل الشخصية وسعة الأفق والحدس، والعديد من الصفات الأخرى التي تجعل المعالج النفسي- وفقًا لأي اتجاه أو نظرية- يكون ملمًا بكافة السلوك البشري، مقبلاً لأي تجاوزات سلوكية أو سلطوية من وجهة نظر الآخرين؛ لأنه قد تعمق في فهم الإنسان وما يدور بداخله من صراعات واحتياجات ورغبات .

أما المشتغلون بالعلاج النفسي الشعبي، فقد كشفت العديد من الدراسات عن وجود سمات لابد أن تتوافر فيهم مثل:

١- الاشتغال بالعلاج النفسي الشعبي قد يقوم به الذكر والأنثى على السواء.

٢- أغلبية المشتغلين بالعلاج النفسي من الفئات الكبيرة في السن.

٣- وجود نسبة كبيرة من المشتغلين بالسحر يعملون في أكثر من تخصص، مما يدل على أن تلك التخصصات لا تحتاج إلى خبرة دقيقة ودراية.

٤- إن غالبية المشتغلين بالسحر يستخدمون القرآن في مهنتهم أو بمعنى آخر استخدام الكتب الدينية الأخرى مثل الإنجيل والتوراة وفقًا لطبيعة ديانة المترددين على المعالج النفسي الشعبي؛ مما يؤكد حقيقة خلط السحر بالدين.

٥- إن هناك إجماعًا تامًا بنسبة ١٠٠٪ من المشتغلين بالسحر يظهر اقتناعهم بأن مهنتهم مفيدة، وأنهم يقدمون خدماتها للناس، وأنهم يعملون بإذن الله (سامية الساعاتي، ١٩٨٥، ١٩٣: ٢٠٦). بيد أننا نتفق

مع د. الجوهري (١٩٩١) من أن هذه المعتقدات الشعبية رغم أنها خبيئة في صدور الناس، ومن الصعب الإفصاح عنها، إلا أن المعالجين النفسيين الشعبيين - كما ثبتت من العديد من الدراسات الميدانية التي تناولتها بالدراسة قد رصدت العديد من التغيرات مثل:

١- إن الساحر كان هو الشيخ المتقدم في السن، لكن دخل - الآن- بعض الشباب (أحيانًا دون العشرين، ودون الأربعين) في صفوف محترفي الممارسة السحرية.

٢- إن كل الدراسات السابقة أوضحت أن غالبية محترفي السحر هم من الأميين أو أشباه الأميين، لكن الدراسات الحديثة أثبتت دخول طلاب علم- بمختلف تخصصاتهم- في هذا المجال.

٣- في الماضي كان الساحر يصر على إنكار العلاقة بينه وبين الكتاب الذي يستخدمه في السحر. أما الجديد فإن الساحر المحترف اليوم يتنكر للعلاقة بينه وبين الكتاب الذي يعتمد عليه في السحر، وقد سهلت طبيعة الحياة (انتشار التعليم والطباعة) من اكتساب المهارة في هذا الشأن.

٤- إن الساحر أصبح الآن يعتمد على التكنولوجيا في عمله حيث يستعينون في عملهم بالتسجيلات الضوئية خاصة إمكانيات التسيير والإيقاف الذاتي أو المبرمج والفيديو والتحكم في الإضاءة الكهربائية (بأشكالها وإيقافها وتلوينها وتشكيلها...إلخ).

٥- تغير الزي، حيث كان الزي التقليدي لمحترفي السحر هو الجلباب أو الجبة والقفطان والعمامة. تغير الزي الآن وأصبح الكثير من السحرة يرتدون الزي الأفرنجي (البدلة)، بل وأحدث الملابس العصرية.

٦- أثبتت العديد من الدراسات السابقة أن الساحر المحترف هو الذي كان يتفرغ تمامًا لأداء مثل هذه المهمة، أصبحنا الآن نجد أن غالبية المشتغلين في هذا المجال يمارسون العديد من الأعمال - خاصة أو الحكومية - إضافة إلى ممارسة السحر والعلاج النفسي الشعبي.

٧- إن الاشتغال بالسحر كان يرتبط في الغالب بالدين، بيد أن الجديد الذي طرأ على الساحر الآن وجود تلاميذ في مراحل ثانوية غير دينية ويقومون بمثل هذه الأعمال، ونتيجة الاحتياجات الشبابية في مثل هذا السن المراهقة .

٨- إن الساحر التقليدي كان يجلس عادة في بيته وفي حجرة مخصصة لذلك الغرض، تكفل له قدرًا من الخصوصية مع عملائه، وفيها بعض لوازم العمل كأدوات الكتابة، والأوراق، وأحيانًا بعض الكتب والمصاحف ومباخر...إلخ. ولكن السحرة الشباب يفضلون «الزيارات المنزلية» لأن لم يتوفر لأحد منهم البيت المستقل.

٩- إن الساحر التقليدي كان لا يحدد أجرًا معينًا يتقاضاه نظير أدائه لهذا العمل - حتى وإن تقاضى فإنه لا يحدد أجره - بل وكان يتقاضى من المترددين أجرًا غير نقدي، تغير الوضع الآن، وأصبح الساحر المحترف- من الشباب- يطلب أجرًا معينًا، ولابد أن يكون نقديًا (محمد الجوهري، ١٩٩١، ٣٢٥: ٣٤٢) .

وهكذا يتضح أن المعالج النفسي (سواء الرسمي أو الشعبي) لابد أن تتوافر فيه العديد من الشروط الشخصية والعلمية والمهنية حتى ينجح في أدائه للعمل، ولعل الملفت للنظر فيما سبق، أن المعالج النفسي الطبي قد طور من صفاته حتى تتلائم مع العديد من المستحدثات العصرية، ولعل أبرزها هو استخدامه للوسائل التكنولوجية في عمله لإضفاء طابع الحداثة والعصرية على المهنة .

ثالثًا: الثقافة:

المعالج والمريض يعيشان كلاهما في ثقافة واحدة. ولذا فقد ألح البعض بل وبالغ في دور الثقافة في كبت وكف السلوك البشري، بينما أغفل جوانبها الإيجابية، فالثقافة عن طريق ممثلها الرئيسي «الأب» أو «الأسرة» تخلق أنماطًا شاملة واسعة ذات إمكانيات علاجية هائلة لإشباع الرغبات العميقة لأعضائها. ولذا فإن العلاقة الجدلية بين الفرد وجماعته هي عملية

ديناميكية تتبادل فيها الأطراف مراكز القوة والضعف، والتمرد والامتثال، مستخدمة أساليب الترغيب والترهيب وجوهر هذه العملية هو تعديل أو تغيير العقائد والاتجاهات والقيم على أساس من التواصل وتبادل المصالح، وفي إطار الحفاظ على تماسك الجماعة حتى تحقق الهدف الذي قامت من أجله. ولذا فإن العلاج النفسي يهدف إلى جعل الفرد عضوًا ناميًا ومتكيفًا في ثقافة لا يحدد له السبيل الذي يسلكه، بل يترك الاختيار بعد أن يحرك إمكانياته. وقد يختار الفرد الانصياع أو التمرد ويجر المجتمع وراءه فيغير قيمه وأساليبه بدلاً من أن يتغير هو، والطريقان صالحان ويؤديان إلى الصحة النفسية والسواء، ولكن ما يسبق لا يعني تطابق العلاج النفسي مع الثقافة، بل يعني اعتمادهما على بعضهما البعض، وأن العلاج النفسي ينشأ كجزء لا يتجزأ من الثقافة، ولكي يؤدي يحقق الاثنان على درجة من الفاعلية في إشباع الحاجات الإنسانية يجب أن تستند قيم الاثنين إلى أساس أشمل من الخصائص النفسية عن غيرها من أنواع العلاج الأخرى كالطب أو الترويح أو ممارسة الشعائر أو ممارسة الرياضة، وهنا خمسة أشكال من العلاج النفسي هي:

١- **العلاج النفسي الذاتي** أو علاج الفرد لنفسه أو هو الذي يحدث عندما يضع المرء خطة لعلاج نفسه بواسطة أساليب مثل التأمل والصلاة والرياضة والقراءة والعمل والتدريب. حيث يهدف المرء بشكل واع إلى تحقيق أهداف معينة مثل زيادة فهم الذات، أوفر يدًا من الارتياح النفسي أو تحسين التوافق الاجتماعي.

٢- **العلاج النفسي الزوجي**: وهو المعروف باسم العلاج الفردي، ويتكون من عدة مقابلات بين شخصية نطلق على أحدهما المريض أو المسترشد أو العميل، ونطلق على الآخر المعالج المرشد أو الميسر.. وهناك أنواع متعددة من العلاج الفردي كالعلاج بالتنويم والعلاج المعرفي والعلاج اللاتوجيهي، كما توجد أشكال وأنواع من العلاج بالتحليل النفسي.

٣- **العلاج الجمعي**: وهو النوع الثالث من العلاج، وهو حيث يركز على

أحداث العديد من التفاعلات وتعديل السلوك داخل الجماعة وتحدث تلك التغيرات نتيجة تفاعلات محدودة ومحكومة داخل الجماعة.

٤- **الجماعات الكبيرة:** وهي جماعات كبيرة العدد وتتبع قائدًا أو مرشدًا مثل: المدمنون المجهولون، وبعض أنواع العلاج الديني.

٥- **علاج المجتمع وعلاج البيئة:** وفيه يكون المجتمع المحلي كله هو المستفيد من العلاج مثل بعض أنواع الخدمات للمدمنين أو الجانحين (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٤٨:٤٩) ورغم أن هذا التعليم ليس هو التقسيم الوحيد لأشكال العلاجات النفسية، ولا هو الاتجاه النظري والعملي السائد والمقبول، إلا أننا أوردنا للتدليل على تعدد المنطلقات النظرية، وبالتالي تنوع الفنيات العملية .

لكن الثابت أن الموقف العلاجي يتكون من ثلاث عناصر:

أولاً: المريض: وهو ذلك الشخص الذي يعاني من آلام نفسية معينة مع العلم بأن الشكوى قد تكون مقبولة، وقد تكون مرفوضة وفقًا لقدرة الفرد على تحمل هذه الآلام، وكذا مقدار انتشار الإحساس بألم ما. وجود شكوى يعني أن هناك ألمًا مصحوب بأمل ورغبة في القضاء عليه، أي أن مجرد وجود ظاهرة الشكوى من المرض يعني ضمنًا وجود إمكانية العلاج. وإذا كانت هناك فائدة ما للألم فهي أن هذا الألم يكون مؤشرًا على وجود المرض، ودافعًا للقضاء عليه، أن الألم بطبيعته يمثل حالة غير مرغوب فيها، فهو يعني الرغبة في القضاء على نفسه، كما أن وجوده يعني نفيًا لحالة الراحة أي نفيًا للذة، بعبارة أخرى فإن المرض كحالة مؤلمة يعني نفي الصحة كبديل نسعى إليه والعلاج إن هو هذا السعي للقضاء على الألم والمرض في سبيل الصحة.

٤- **الزواج والحياة الزوجية:** الافتراض الشائع على نطاق واسع أن الاضطرابات النفسية تنتشر بدرجة أكبر بين غير المتزوجين من الأرامل أو المطلقين أو الذين لم يسبق لهم الزواج أكثر مما ينتشر بين المتزوجين، وقد يستند ذلك إلى أن الزوج يجد في زوجته شريكًا يأنس إليه، كما أن

إشباع الحاجات الجنسية في الإطار الاجتماعي يساعد على الثبات الانفعالي ويحمي الفرد من كثير من التوترات وبشرط أن يكون الزواج قائم من البداية على أسس التوافق.

٥- **التسارع الاجتماعي:** التغير سنة من سنن المجتمع، وقد ألف الناس ذلك لكن الجديد أن سرعة التغير قد تأخذ في الازدياد حتى تبلغ درجة لا يستطيع بعض الناس معها اللحاق. كما أن التغير الاجتماعي هو في حقيقته تغير في القيم التي يتمسك بها أفراد المجتمع، وإذا لم يواكب تغير القيم تغير الجوانب المادية من الثقافة مثل الاكتشافات والاختراعات والمواصلات تحدث ظاهرة التخلف الثقافي **Culturallag** وما يحدثه من العديد من مشكلات سوء التوافق لكثير من الأفراد.

٦- **العمل والمشكلات الاقتصادية:** حيث لا يقتصر العمل على المهارات الفنية التي يتضمنها أداء العمل، ولكنه يشمل أيضًا طبيعة العلاقات التي تربط الفرد برؤسائه وزملائه ومرؤسيه في العمل، وعلى قدر قيام هذه العلاقات على أسس إنسانية صحية يكون التوافق واضمحلال الاضطرابات والعكس صحيح، وليس هذا فحسب، بل أيضًا مدى قدرة الفرد على ملاحقة الإيقاع السريع لأي تغير في العمل، والقدرة على استيعاب كل جديد في مجال العمل.

٧- **الحروب:** الحرب من أقسى التجارب التي تمر على الأمم والشعوب، وأيًا كانت نتائج الحرب فإن لها نتائج وخيمة، شديدة الوطأة على كافة الجوانب، ولعل أبرزها الآثار النفسية والاجتماعية، وما تحدثه من عصاب الصدمة الذي يصيب الكثير من الجنود ممن يكونون مهيئين له، وكذا الكثير من المدمنين والذين لا يتحملون ضغوط الخوف والرعب والانفجارات مع العلم بأن الأفراد يتفاوتون في استجاباتهم لمثل هذه الأحداث. (علاء الدين كفافي، ١٩٩٧، ١٤: ١٨).

وهكذا يتضح من العرض السابق مدى تأثير الثقافة السائدة في المجتمع على الفرد؛ لأنه في التحليل الأولي والنهائي ما هو إلا ابن لمجتمعه

ومرآة ينعكس عليها كل ما يدور بداخل هذا المجتمع من صراعات وتوترات واعتقادات واتجاهات وقيم. ولذا فإن ذهاب الفرد إلى نوع معين من العلاج- بغض النظر عن الاعتراف العلمي الرسمي به- إنما يتحدد وفقًا للعديد من العوامل الثقافية والتي اكتسبها الفرد من قيم مجتمعه السائدة.

ولذا فإن علينا - بعد عرض أطراف العلاج الثلاثة - أن نحدد أمرين:

الأول: تأكيد لفكرة كيسلر Kiesler, 1966 والذي أكد على خرافة التشابه My The of Uniformity، وأن تعميم طريقة علاجية ثبت جدواها على مجتمع له ثقافة معينة، قد لا يكون الأمر كذلك في مجتمع له ثقافة مختلفة، وأن على المعالج أن يوائم أو يكيف أو يعدل طريقته العلاجية، وفقًا للفروق الموجودة بالفعل ليست بين الجماعات بعضها وبعض، بل وبين الأفراد في المجتمع (Kiesler, 1966, 110-136).

الثاني: اتفاقنا التام مع ما ذكره عبد الستار إبراهيم، رضوى إبراهيم (١٩٦٦) من ضرورة الأخذ في الاعتبار العديد من العوامل الخاصة بالشخصية العربية كإطار مرجعي يستند إليه المعالج النفسي في علاجاته وهي: التوجه الديني والعقائدي Religious Orientation والمرغوبية والتمركز الاجتماعي/ الجماعي Social Amiability and communal Value، والجنس وما يرتبط به من محظورات Sex as a Taboo، والاتجاه التسلطي والانضباط الخارجي Authority Orientation & External Locus of Control.

إن هذه العوامل مجرد هاديات سلوكية تم التركيز عليها من خلال الخبرة العلاجية مع مرضى مضطربين مصريين وعربًا. (عبدالستار إبراهيم، رضوى إبراهيم، ٢٠٠٣).

خطوات العلاج النفسي:

يسير العلاج النفسي وفقًا للخطوات الآتية:

١- **خلق وجود علاقة علاجية:** ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج بحيث تكون مناسبة، وبها كافة الشروط المريحة لإتمام عملية العلاج، وعلى المعالج منذ البداية أن يحدد الوقت والتكاليف حتى تكون الأمور واضحة منذ البداية.

٢- **الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي:** حيث يسمح المعالج للمريض في هذا الجو الآمن إلى أن «يفضفض» عما يرهقه ويؤلمه من مشاعر دون خجل أو خوف. ولا شك أن هذا «التنفيس» هام وضروري في العملية العلاجية؛ لأنه يساعد المعالج على الكشف عن صراعات المريض وتوتراته ومصدر إحباطاته .

٣- **الاستبصار:** ما أن تصبح صراعات المريض مكشوفة في العلن، وتتحول من الشكل الخفي إلى الشكل العلني حتى تتم عملية الاستبصار من خلال تكنيك التفسير الذي يطرحه المعالج.

٤- **إعادة التعليم الانفعالي:** من العمليات التي تساعد في الشفاء إعادة تعلم المريض انفعاليًا، وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى أكثر إيجابية وتوافقًا وتكيفًا .

٥- **توقف العلاج:** عندما تحل صراعات المريض، ويحقق مزيدًا من التوافق الشخصي والاجتماعي، عندئذ يتوقف العلاج، بل ويصبح سهلاً خاصة إذا كان المريض يشعر بالثقة في نفسه، وأن يعتمد على نفسه، علمًا بأنه سيحدث طرح ومضاد للطرح في العملية العلاجية، ويجب أن يكون المعالج على علم بكافة التعامل مع مثل هذه الأمور وتفسيرها للمريض.

(عبدالرحمن محمد عيسوي، ب.ت ، ٢٠ :٢٣)

تصنيف العلاج: يصنف العلاج في الغالب إلى ثلاث فئات هي:

أولاً : العلاج العضوي: وهو الذي يعتمد أساسًا على إحداث تغييرات عضوية في جسد المريض، وقد تكون الوسائل مؤثرات عضوية مباشرة مثل استخدام الأدوية أو الكهرباء أو حتى الجراحة النفسية. ويمكن تقسيم العقاقير النفسية تبعًا لأسس مختلفة، غير أن التركيب الكيميائي أكثر هذه الأسس دقة، حيث تقسم الأدوية أو العقاقير النفسية إلى:

١- **المهدئات:** وهي عقاقير تحدث تهدئة واضطراب للحركات الإرادية وتقود إلى التخدير.

٢- **المهدئات الكبيرة:** هي عبارة عن عقاقير تحدث تهدئة إلا أنها لا تصل إلى التخدير ولها مفعول مضاد للذهان.

٣- **المهدئات الصغيرة:** عقاقير تحدث تهدئة، لا تصل إلى التخدير، ولكن ليس لها مفعول مضاد للذهان.

٤- العقاقير المضادة للاكتئاب أو العقاقير المضادة للقلق.

٥- **العقاقير المنشطة:** وهي تزيد من النشاط وتوقف النوم والجوع.

٦- **عقاقير مهلوسة:** وتحدث حالة من الاضطرابات والتشويش.

في حين أن العلاج بالصدمات الكهربائية (E. C. T) فهو إمرار تيار كهربائي في المخ ينتج عنه حالة من التشنج الشامل للجسم، مع حدوث تغيرات عضوية ونفسية، ومن التغيرات العضوية تنبيه الجهاز السمبتاوي بصفة عامة، ولذلك يوصى بالصدمات الكهربائية في حالة الاكتئاب المصاحبة للفصام وفي حالات الهوس.

ثانيًا: العلاج البيئي: وينهض هذا العلاج على إحداث تغييرات في البيئة، إما بطريق مباشر أو غير مباشر. ففي الحالة الأولى قد ينصح المعالج بتغيير معين عن طريق المريض نفسه الذي يحدث تغييرات في بيئته تؤدي إلى تغييرات في نفسه. كما يستعين المعالج ببيئات مختلفة للعلاج مثل المستشفى أو الملجأ أو المصحة أو فصول دراسية معينة مثل تلك الخاصة بالمتخلفين عقليًا وهكذا. وإذا اتضح من خلال سير العملية العلاجية أن الاضطرابات تحدث بسبب أن الوالدين قُساة أو مدمنين أو ذهانيين أو مضطربين على أي نحو خطير فهنا يكون من الأفضل الانتقال إلى بيئة أخرى أو إن كان ذلك يحتاج إلى معالج مرن ومتفهم لطبيعة ونظام الحضارة والثقافة التي يتعامل من خلالها مع مرضاه.

ثالثًا: العلاج النفسي: أي إحداث تأثير في نفس المريض بواسطة طرق ووسائل نفسية، أي بدون وسائل كيميائية أو بيئية أو إن كانت تستخدم أحيانًا كعناصر مساعدة وليست أساسية. وليس من السهولة بمكان التعرف على كافة قضايا وتصنيفات العلاج النفسي في هذا السياق. بيد أننا سنتحدث عن أشهر طرق العلاج النفسي في عجالة.

نماذج من طرق العلاج النفسي في الوقت الراهن:

أولاً: العلاج بالتحليل النفسي التقليدي: مؤسس هذه الطريقة هو سيجموند فرويد ويهدف علاج التحليل النفسي إلى تعديل أبعاد الشخصية ودفاعاتها، وإزالة الأعراض. والفكرة الأساسية تقوم على أن الخبرات التي تسبب الاضطرابات النفسية تحدث أثناء السنوات السبع الأولى من الحياة، كما أن الاضطرابات الانفعالية التي تسبب الاضطرابات النفسية توجد في اللاشعور أو يمكن الكشف عنها بوسائل متعددة منها: تحليل الأحلام والتي تفصح تدريجيًا عن كم المخاوف والخبرات المؤلمة التي كبتها الشخص. ويركز التحليل النفسي على الماضي وليس على الحاضر، مؤكدًا أن المريض إذا استطاع حل مشاكل شخصيته الأساسية التي تنشأ في طفولته فإنه يستطيع أن يتعامل بنضج مع أي موقف راهن، ويقوم المحلل في العلاج النفسي التقليدي بدور سلبي، بينما يقوم المريض بكل الحديث، ومن وقت لآخر يحاول المعالج أن يتدخل لكي يوضح العلاقة بين حدثين أو موقفين أو أكثر حتى يحدث استبصارًا لدى المريض، وبشرط أن يكون المريض مستعدًا للوصول إلى هذا الاستبصار، ولا يسبق المحلل الأحداث حتى لا يرفض أو يقاوم المريض هذا الاستبصار. ولذا فإننا في إطار العلاج بالتحليل النفسي نجد مثل هذه المفاهيم: التفريغ، أو التطهير الانفعالي، التداعي الحر أو الطليق، تحليل الطرح، تحليل المقاومة، تحليل الأحلام، والهفوات والزلات (اللسان/ القلم) التفسير التحليلي.

استخدامات التحليل النفسي: أثبت التحليل النفسي فعالية في الجوانب الآتية:

١- حالات الهستيريا، القلق، الخوف، عصاب الوسواس القهري، الاكتئاب، حالات اضطرابات الشخصية، حالات الإدمان.

٢- حالات مختارة من الأمراض النفسية والجسمية.

٣- حالات الانحرافات الجنسية والجناح .

ويفضل عدم استخدام التحليل النفسي في:

- حالات الذهان.
- حالات الاكتئاب الذهاني.
- السيكوباتيين .
- حالات الضعف العقلي.
- حالات المسنين أو الأطفال أقل من ١٥ سنة.
- حالات الأقارب والأصدقاء.

مزايا التحليل النفسي:

١- يهتم التحليل النفسي بعلاج الأسباب وليست الأعراض.

٢- يتناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحي الشعورية.

٣- يحرر الفرد من دوافعه الدفينة .

٤- يؤدي إلى إعلاء الدوافع المكبوتة .

٥- يعود بالشخصية المفككة إلى حالة من التكامل والنضج.

عيوب التحليل النفسي:

١- يستغرق وقتًا طويلاً وجهدًا ومالاً.

٢- يحتاج إلى خبرة واسعة وتدريب عملي، بل يشترط في المعالج أن يمر بعملية العلاج لذاته قبل أن يمارس العلاج مع الآخرين (حامد زهران، ١٩٩٧، ٢٣٤ : ٢٣٥ . لويس مليكة، ١٩٩١) .

ثانيًا: العلاج السلوكي: يقوم العلاج السلوكي على أساس من النظرية السلوكية التي ترى أن سمات شخصية الفرد تتشكل وتتغير عن طريقة ما يتعرض له الفرد من تدعيم وانطفاء لأنماط سلوكه المختلفة والعلاج السلوكي يتناول أعراض اضطراب السلوك مباشرة أكثر من تناوله العمليات المرضية اللاشعورية المسببة للأعراض، ولا يستخدم الاستبصار كأساس للعلاج، ويركز على السلوك غير المناسب والذي يمكن قياسه وملاحظته ويستخدم المعالجين السلوكيين أساليب متنوعة للعلاج منه: خفض الحساسية حيث يقوم العلاج على تعريض المريض على مراحل متزايدة إلى الموقف الذي يسبب له الخوف أو القلق، وأسلوب الكف المضاد، حيث يدرب الفرد الذي

يعاني من القلق الشديد على إحداث حالة من الاسترخاء العضلي والانفعالي. وفي أسلوب التدعيم، يثاب المريض على السلوك المرغوب فيه وخاصة حين لا يؤدي طقس وسواس معين، وفي أسلوب الانطفاء يزول العرض السلوكي غير المرغوب فيه تدريجيًا عندما لا يأتي بفائدة على المريض، وأسلوب الاشتراط السلبي حين يكرر مثير سلبي للسلوك الذي نرغب فى التخلص منه، وأسلوب الغمر (عكس أسلوب خفض الحساسية التدريجي) أو التكرار للزمة معينة حتى يتم التخلص منها. وفي كل الأحوال لابد من اختيار الأسلوب الذي يتناسب وإمكانيات كل شخص، وفقًا لطبيعة العرض أو المشكلة التي يعاني منها (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣ . لويس مليكة ١٩٩٠ . عبد العزيز الدخيل ١٩٩٠) .

مزايا العلاج السلوكي:

١- يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعليم.
٢- يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك على نتيجة العلاج.
٣- يستغرق وقتًا قصيرًا لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال.
٤- يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى وفي كافة المستويات.
٥- يمكن أن يتعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد تدريبهم.

عيوب العلاج السلوكي:

١- أحيانًا يكون العلاج وقتيًا وعابرًا (لأنه يركز على العرض وليس السبب).
٢- السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة.
٣- النموذج السلوكي المبني على أساس الإشراط لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية.
٤- يركز على الأعراض، والأمر في الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ليس بهذه البساطة .

(حامد زهران، ١٩٩٧، ٢٥٦: ٢٥٧ . عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ . محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ١٢٣-١٤٤) .

ثالثاً: العلاج العقلاني الانفعالي:

صاحب هذه الطريقة هو ألبرت إليس الأخصائي النفسي الإكلينيكي بولاية نيويورك الأمريكية والذي بدا كمحلل نفسي، إلا أنه تخلى عن التحليل النفسي لاستغراقه وقتا طويلاً، ولا يؤدي إلى نتائج علاجية واضحة، وكان أول كتبه (١٩٦٢): «العقل والانفعال في العلاج النفسي» يوضح فيه منهجه في العلاج الذي يذهب إلى أن البشر يكونون في أسعد حالاتهم عندما تكون لهم أهداف هامة يسعون بإيجابية لتحقيقها، والعقلانية هي الوسيلة التي تساعد البشر على تحقيق أهدافهم، بينما اللاعقلانية تحول بينهم وبين تحقيقها وللعقلانية ثلاث خصائص أساسية، فهي علمية ومنطقية وواقعية، بينما اللاعقلانية غير عملية وغير منطقية وجامدة ولا تتفق مع الواقع. ويرى إليس أن الفرد يميل وبقوة إلى التفكير والتصرف بطريقة لاعقلانية ومع ذلك فهو قادر على أن ينظر في أفكاره وسلوكه وبطريقة نقدية. ويذكر إليس أن اللاعقلانية تؤدي إلى تطور التفضيلات الفردية والاجتماعية وتحولها إلى مطالب واجبة على:

أ- الإنسان. ب- الآخرين . جـ- الدنيا بأسرها.

الاضطراب النفسي:

يميز إليس بين نوعين من الاضطراب النفسي يرتبط الأول بالمطالب التي نفرضها على أنفسنا وما تؤدي إليه من انتقاد الذات ولومها عندما نفشل في تحقيق هذه المطالب المطلقة مثل «يجب» ألا أخطأ عندما أتحدث أمام زملائي، ويرتبط النوع الثاني بالمطالب المطلقة التي نفرضها على الآخرين والدنيا، ويجب ألا يسخر زملائي إذا أخطأ؛ بينما البديل الصحي للأول هو قبول الذات دون شرط من الاعتراف بنقائصها وضعفها مع السعي للتغلب على ذلك. وبالنسبة للثاني فهو تنمية القدرة على تحمل الإحباط والانزعاج من أجل التغلب على المعوقات أمام تحقيق الأهداف والأغراض

الأساسية. ويؤكد إليس على مبدأ التفاعل النفسي؛ إذ إن أفكار وانفعالات وأفعال الإنسان لا يمكن علاجها باستقلال عن بعضها البعض، فهي عمليات نفسية متداخلة ومتفاعلة، فعندما يفكر المرء في شيء ما مثل أن التحدث أمام زملائي أمر فظيع؛ لأنه يعرضني للسخرية فهو يميل للتفاعل معه (بالشعور بالخوف) إلى التصرف بطريقة معينة (تجنب الحديث - العقاب...إلخ) .

الإطار النظري للعلاج العقلاني الانفعالي:

يلحق إليس الإطار النظري لأسلوبه العلاجي في ثلاثة حروف هي .A .B. C وتعني:

أ- A هي الحرف الأول من كلمة **Antecedents** وتشير إلى الأحداث والمواقف التي تظهر فيها المشكلات النفسية، وهي قد تكون أحداث داخلية أو خارجية. والأحداث الخارجية هي التي يمكن أن يراها الآخرون، فضلاً عن صاحب المشكلة مثل: (التحدث أمام الآخرين في امتحان شفهي) أما الأحداث الداخلية فهي أفكار المرء المتعلقة بالأحداث الخارجية مثل (الحديث أمام الآخرين أمر بغيض) .

ب- B وهي الحرف الأول من كلمة **Beliefs** وتشير إلى معتقدات المرء ووجهات نظره في الحياة، وهي قد تكون مرنة أو جامدة، وعندما تكون جامدة يطلق عليها المعتقدات اللاعقلانية، وتكون في صيغ لغوية تبدأ غالبًا بـ (يجب ، لابد) وعندما يتمسك الفرد بهذه المعتقدات فإنه يميل إلى استنتاج أفكار لاعقلانية منها، فإذا أخذنا الاعتقاد اللاعقلاني مثل: «يجب» أن أتقن كل شيء أقوم به، وإلا كنت فاشلاً لا قيمة لي (يميل صاحب هذا الاعتقاد إلى استنتاج أفكار مثل «يجب» ألا أخطئ أثناء التحدث أمام الآخرين، وإلا أصبحت موضوعًا لسخرية المعلم والزملاء» أو «أن التحدث أمام المعلم والزملاء أمر بغيض لا أتحمله وعندما تكون المعتقدات مرنة يطلق إليس عليها المعتقدات العقلانية، وهي غالبًا ما تأخذ شكل الرغبة أو الأمنية أو التفضيل، إلا أنها لا تتحول إلى مطالب

وشروط مطلقة لازمة. وعندما يتمسك المرء بهذه المعتقدات المرنة فإنه يميل إلى استنتاج أفكار عقلانية منها. فإذا أخذنا الاعتقاد الذي يقول: «أفضل ألا أكون موضوعًا لانتقاد أو سخرية الناس» فإن صاحبه يميل إلى استنتاج أفكار مثل: «بالرغم من أنني لا أحب أن أكون موضوعًا لسخرية المعلم أو الزملاء إلا أنني أستطيع تحمل ذلك».

جـ- C هي الحرف الأول من كلمة Consequences، وتشير إلى النتائج الانفعالية والسلوكية لمعتقدات الشخص بخصوص (A) أي الأحداث. ويرى إليس أن النتائج الانفعالية التي تنشأ من المعتقدات الجامدة اللاعقلانية هي نتائج تثير الاضطراب ، ويطلق عليها النتائج السلبية غير المناسبة، أما النتائج التي تنشأ عن المعتقدات المرنة العقلانية فهي لا تؤدي إلى الاضطراب، ويطلق عليها النتائج المناسبة حتى لو كانت سلبية. ويرى إليس أن الانفعالات السلبية غير المناسبة تكون غير وظيفية؛ لأنها تؤدي إلى الشعور بألم نفسي كبير وإزعاج نفسي شديد تدفع الإنسان إلى التطرف بأسلوب ضعيف منكسر وتحول بينه والتصرف بطريقة تحقق أهدافه. وفي المقابل تنبت الانفعالات السلبية المناسبة إلى أن تحقق أهدافه ويواجه عقبات وتدفعه أيضًا إلى مواجهة الموقف وتحثه على التصرف من أجل تحقيق هذه الأهداف.

العناصر الأساسية في العقلاني الانفعالي:

أولاً: أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

١- الانفعال بأسلوب عقلاني (منطقي مرن واقعي) .

٢- الانفعال بأسلوب مناسب للمواقف والأحداث .

٣- التصرف بأسلوب فعال لتحقيق الأهداف والأغراض الأساسية، ويحث العلاج العقلاني الانفعالي المرضي على فهم وتبني الأفكار الأساسية الثلاثة التالية:

أ- إن الأحداث الماضية أو الحاضرة لا تسبب الاضطراب السلوكي

والانفعالي، بل إن المعتقدات اللاعقلانية ذات الصلة بالأحداث هي التي تؤدي في المقام الأول إلى المشكلات السلوكية والانفعالية.

ب- بغض النظر عن الكيفية التي تم بها الاضطراب النفسي في الماضي، فإنه الاضطراب الحاضر إنما يعود إلى استمرار المريض في التفكير بالمعتقدات.

ج- بالرغم من أن الإنسان يميل إلى الاضطراب النفسي من جراء الأفكار والأفعال المنكسرة الضعيفة الهازمة لذاته فإنه يستطيع التغلب على مشكلاته واضطرابه؛ إذ ثابر على تحدي المعتقدات اللاعقلانية ومقاومتها بطريقة مخالفة لها.

ثانياً: العلاقة العلاجية:

العلاقة العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي علاقة مساواة وتكافؤ، فالمعالج والمريض بشر على قدم المساواة، وإن اختلف في التعليم والتدريب ومهارات حل المشكلات. ويسعى المعالج إلى أن يرضى المريض عن نفسه ويتقبلها بالرغم من نقائصها وعيوبها التي جاء ليتخلص منها ما استطاع. ويلاحظ إليس أن الاضطراب الانفعالي قد يتضمن أو ينشأ عن اتجاه جاد في الحياة، وإن كان يبالغ في ذلك ويتصرف بطريقة ضارة، لذا يسعى المعالج العقلاني الانفعالي إلى أن يكون مرحًا خفيف الظل محاولاً أن يوضح بأسلوب مرح الجوانب الساخرة أو الفكاهية للمعتقدات اللاعقلانية.

ثالثاً: الأسلوب العلاجي:

يوصي إليس باتباع أسلوب علاجي إيجابي موجب مع معظم المرضى خاصة في المراحل الأولى في العلاج، حيث يحث المعالج المريض على التفكير في المعتقدات اللاعقلانية وراء مشكلاته الانفعالية والسلوكية، ويقل الدور التوجيهي للمعالج في المراحل الأخيرة في العلاج، حيث يدفع المريض إلى تحمل المزيد من مسئولية التفسير العلاجي.

رابعاً: التأكيد على تحديد المعتقدات اللاعقلانية:

يهتم العلاج العقلاني الانفعالي اهتمامًا كبيرًا بمساعدة المريض على

تحدي معتقداتهم اللاعقلانية مستعينين بالوسائل والتقنيات المعرفية والانفعالية والتخيلية والسلوكية. ويتمثل في تدريب المرضى على:

١- الكشف عن وجود المعتقدات اللاعقلانية .

٢- التمييز بين المعتقدات العقلانية واللاعقلانية .

٣- مجادلة وتحدي المعتقدات في ضوء محكات المنطقة والواقعية والفائدة والنفع.

خامساً: التكامل في الأساليب والتقنيات:

لا يكفي العلاج العقلاني الانفعالي بالوسائل المعروفة، وإنما يعتمد على استخدام العديد من التقنيات الأخرى وأهمها:

١- **الطرق المعرفية:** وتشتمل على التحليل الفلسفي والمنطقي للأفكار والمعتقدات غير المنطقية، والتعليم والتوجيه، وتفسير الاستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار والإيحاءات والتشتيت المعرفي.

٢- **الطرق الانفعالية:** وهي التي تتعامل مع مشاعر وانفعالات المريض مثل التقبل غير المشروط للعميل، ولعب الأدوار، والنمذجة، والمرح، ومهاجمة الشعور بالخزي والدونية، وهو ما يساعد المرضى على إظهار أنفسهم والتعرف على المشاعر السلبية لديهم.

٣- **الطرق السلوكية:** ومن بينها الواجبات المنزلية النشطة التي يكلف بها المريض مثل مواجهة المواقف التي يخاف منها، وقراءة بعض الكتب، كذلك أساليب الإشراط الإجرائي مثل العقاب والعزير والتشكيل السلوكي كذلك الاسترخاء.

٤- **التخيل العقلاني والانفعالي:** ويطلب من المريض أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال الكدر، ثم يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل (تغيير الغضب إلى الضيق)، وفي كل مرة يسأله المعالج عن شعوره، ثم يعود فيطلب منه أن يحدث نفسه بعبارات تخفف الانفعال مثل: «إن ما حدث لي ليس بدرجة السوء التي أتعودها»، ويستمر التدريب على هذا داخل الجلسة وخارجها حتى يصبح ذلك عادة عنده.

سادسًا: أهمية الواجبات المنزلية:

يرى إليس أن المرضى الذين يطبقون ويمارسون ما تعلموه أثناء جلسات الانفعالي أكثر من أولئك الذين لا يفعلون ذلك؛ لذا يعطي المعالج العقلاني اهتمامًا كبيرًا لمفهوم الواجبات المنزلية، ويبذل وقتًا كافيًا في شرح الأسباب التي تجعل من الواجبات المنزلية ركنًا أساسيًا في العملية العلاجية وفي شرح طبيعتها ومناقشتها مع المريض ومراجعة أدائه لها، ويهتم بالعوامل والأسباب التي تعوق المريض عن القيام بالواجبات المنزلية، ويعمل معه على التغلب عليها.

سابعًا: خصائص المعالج العقلاني والانفعالي وتتمثل في:

١- الاستمتاع بدوره التوجيهي في علاقته بالمرض.

٢- الاقتناع بالفلسفة العلمية وبصفة خاصة والالتزام بالمبادئ.

٣- أن يكون معلمًا صادقًا ومتحدثًا لبقًا .

٤- لا ينكر أخطاءه في العلاج لو حدثت ويتقبل نفسه ويرضى عنها باعتبارها قابلة للخطأ، وإن كان يسعى دائمًا إلى تجنب الأخطاء وتقليلها.

٥- يستمتع بحل المشكلات.

٦- يتمتع بروح مرحة يجيد استخدامها في العملية العلاجية.

ثامنًا: خطوات العلاج العقلاني الانفعالي:

١- تأسيس العلاقة العلاجية والسؤال عن المشكلة النفسية.

٢- تحديد المشكلة والاتفاق مع المريض على العمل من أجلها.

٣- فحص النتائج الانفعالية (C).

٤- فحص المواقف والأحداث (A).

٥- الاتفاق على الأهداف .

٦- الكشف عن صلة المعتقدات (B) بالانفعالات (C) .

٧- فحص المعتقدات اللاعقلانية (معتقدات تتعلق بالذات، بالآخرين، بظروف الحياة).

٨- فحص المعتقدات اللاعقلانية وكشف صلتها بالمشكلات الانفعالية والسلوكية.

٩- التأكد من فهم المريض لطبيعة الصلة بين معتقدات اللاعقلانية واضطرابه الانفعالي.

١٠- تفنيد المعتقدات اللاعقلانية.

١١- تعميق الاقتناع بالمعتقدات العقلانية .

١٢- الواجبات المنزلية .

١٣- مراجعة قيام المرضى بالواجبات المنزلية .

١٤- إنهاء البرنامج العلاجي.

انظر على سبيل المثال (Ellis, A, 1962), (Ellis, A, 1979) و (محمد حسن غانم ٢٠١٠، ١١٤-١٣٢)، (محمد حسن غانم ٢٠٠٩).

رابعًا: العلاج بالسيكودراما:

يعرف علاج السيكودراما بأنه الطريقة النشطة للوصول إلى أعماق النفس، ولقد ولد هذا الاصطلاح من كلمتين هما النفس Psyco، ودراما ومعناها الفعل أو الحركة. أي حركة النفس. وهو نوع من العلاجات النفسية التي تستخدم الأساليب الحية للمسرح للاقتراب من الديناميات النفسية للفرد. ولذا فإن هذا النوع من العلاج ينهض على أداء الفرد أداءً حركيًا لموقف ما وسط مجموعة من الناس. إنها تصور حياة البشر في أشكالها المتعددة، موتهم، حياتهم، الحب، الكره، القوة، الضعف،...إلخ.

وتأتي تلك المواقف من أي مكان، من الماضي، من الحاضر، أو المستقبل، من الواقع، أو من الخيال، وباختصار فإنه يمكننا القول: بإن العلاج السيكودرامي هو شكل حي من أشكال استكشاف النفس، إنه مزيج من العلم والفن «علم النفس والمسرح»، ويستعمل مادته العلاجية من أي شيء يدور داخل نفس الإنسان. وفي أثناء التمثيل يمكن أن يقوم المعالج بالآتي:

١- لفت نظر الجماعة لمشاهدة مفاتيح لحلول معينة في لعب الدور كمشاهدة الحركات التعبيرية.

٢- يستطيع أي ممثل أو أي عضو أن يوقف التمثيل ويرفع إصبعه، فيوقف المعالج العرض، ويسمح له بالحديث، وذلك لإتاحة الفرصة أمام الممثلين للتعبير عن مشاعرهم عما يقومون به، ولو كان إشراك المشاهدين.

٣- بعد انتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما يشعر به أو فكر فيه أثناء لعب الدور، وكذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها، ولا مانع من ظهور خلافات في الرأي بين أعضاء الجماعة.

كما يعتمد لعب الدور على عدة افتراضات منها:

١- إن الحياة كلها مسرح All Lifeiaastage وأن الحياة الاجتماعية ما هي إلا عبارة عن لعب الدور. ويوصف الناس بالنجاح إذا لعبوا أدوارهم بطريقة جيدة.

٢- إننا نفهم المشاكل بطريقة أفضل إذا عرضت علينا، وإذا أصبحت حقيقية، وأننا في الحياة نتعلم من النماذج أو من المثل التي نشاهدها، كما أن للعلاج السيكودرامي مجموعة من العناصر الأساسية والتي بدونها لا يمكن اعتباره علاج سيكودراميًا. كما يحتوي على عدد من الخطوات المحددة والتي تعطي في النهاية ثقلاً مميزًا لهذا النوع من العلاج.

وتتخلص عناصر العلاج السيكودرامي في النقاط الآتية:

المسرح - المخرج (حيث تتحد وظائفه في: وظائف مسرحية - وظائف علاجية) - البطل - الأنا المساعدة . كما أن العلاج بالسيكودراما له العديد من الخطوات يضيق المقام عن حصرها .

خامساً: العلاج النفسي الجمعي:

هذا شكل من أشكال العلاج، ففي خطوات واسعة عقب الحرب العالمية الثانية، حيث ينتج العلاج للفرد من خلال الجماعة. وقد أثبت هذا العلاج أهميته في عملية التطبيع الاجتماعي أو في تعريف المريض بأن للآخرين مشاكل تشبه مشاكله، وأن يصبح عضوًا في جماعة، وأن يتوحد بها، وأن يجد التعضيد والمساعدة في حل مشاكله، وأن ينمي أساليبه في إقامة علاقة شخصية مع الآخرين متخلصًا بذلك من عزلته.

ويفيد العلاج الجماعي في شفاء جماعات معينة من المرضى من ذوي المشاكل الخاصة مثل:

١- المرضى العقليون السابقون . ٢- مدمنو المخدرات والخمور.

٣- مرضى السمنة . ٤- المنحرفون جنسيًا .

٥- المجرمون والجانجون . ٦- المراهقون.

٧- الشيوخ والكبار . ٨- الأرامل والمطلقات .

وإذا كان أحد مصادر المرض النفسي هو اختلال علاقة الفرد بالجماعة، وينعكس هذا الاختلال في ثلاثة مجالات محدودة هي: المجال الجسمي البيولوجي، مجال العلاقات الثقافية المحيطة، أي تقبل القيم والمعايير السائدة والمجال الثالث هو مجال العلاقات بالآخرين خاصة أقرب المحيطين من الأهل والأقارب والأصدقاء والزملاء، ولعله من الحقائق البديهية أن الإنسان يولد ويعيش ويموت في جماعات، بل إن الجماعة هي المتحكمة في معظم، إن لم يكن كل، ما يحدد هوية الإنسان، فهي التي تمنحه عقيدته واسمه ونوع دراسته ومهنته، بل وزواجه، وطريقة دفنه، والتصرف في الميراث، وتظل علاقة الفرد بجماعته، والتأثير المتبادل بينهما هو محور نشاط العمل. من هنا جاء اهتمام المعالجين باستخدام أثر الجماعة في علاج الفرد.

ويمكن القول بشكل عام: إن كافة أشكال العلاج النفسي تتضمن استخدام أساليب وإجراءات معينة، وصنعت لتعديل شخصية الفرد، ونظرته إلى العالم واتجاهاته وأفكاره ووظائفه السيكوفسيولوجية أو سلوكه. وهذه الخاصية تميز العلاج النفسي من غيره من أنواع العلاجات الأخرى كالطب أو الترويح أو ممارسة الشعائر أو ممارسة الرياضة، وهناك خمسة أشكال أساسية من العلاج النفسي: العلاج النفسي الذاتي، والازدواجي، والجماعة الصغيرة، والجماعة الكبيرة، وهناك تصنيف آخر يقسم الجماعات العلاجية إلى ثلاثة أنواع هي: جماعات العلاج النفسي **Psychotherapy** وجماعات التدعيم **Suppoht** وجماعات العون الذاتي **Selfhelp** .

مسلمات العلاج الجماعي:

ينهض العلاج الجماعي على المسلمات الآتية:

١- الفرد في حد ذاته أكثر أهمية من المجموع .

٢- قائد الجماعة ليس عضوًا فيها.

٣- باب الجماعة العلاجية مفتوح لكل من يريد الدخول.

٤- ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها أهداف.

٥- يعالج الفرد من خلال تواجده في الجماعة .

٦- التفاعل داخل الجماعة هدفا في حد ذاته .

٧- لا يسعى المعالج الجمعي إلى زيادة مستوى الضغط الطبيعي داخل الجماعة.

٨- ليست الجماعة مكانًا للاعترافات .

٩- الامتعاض والانتقاد والتركيز على أشخاص خارج الجلسة، وتبادل الأحاديث الجانبية، والتركيز على موضوعات بعينها، ليست سياقًا ملائمًا لجلسات العلاج الجمعي.

١٠- ما يدور في الجلسات العلاجية الجمعية أمر غير قابل للتداول.

١١- يلتزم أعضاء الجماعة بالتعبير عن أنفسهم فقط.

١٢- لا تتخذ المشاعر في الجلسات العلاجية وضعًا أفضل من الأفكار.

١٣- لا يعتبر تماسك الجماعة هدفًا علاجيًا.

١٤- متابعة ما يحدث من جلسة إلى أخرى هو جزء لا يتجزأ من العملية العلاجية.

١٥- في كل جلسة من جلسات العلاج الجمعي يتلقى عضوًا أو أكثر عونًا علاجيًا.

١٦- لا يوجد ارتباط موجب بين الفاعلية وبين ما يحس به العضو من ارتياح.

١٧- ليست الانفعالات السلبية خلال جلسات العلاج الجمعية شيئًا سيئًا، كما أننا لا نتجنبها.

١٨- لا يوجد جدول أعمال للجماعة العلاجية .

١٩- كافة أنواع السلوك في الجماعة العلاجية مما بدا، ليست شرًا وليست خيرًا.

٢٠- تُقاس مدى فاعلية الجماعية العلاجية بما يحدث خارجها من تغيرات إيجابية.

فنيات قيادة الجماعة العلاجية:

يقوم المعالج النفسي الجمعي باستخدام الفنيات الآتية:

١- تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل المشاعر.

٢- تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل السلوك .

٣- تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل المعلومات المعرفية .

٤- توجيه الأسئلة وإثارة موضوعات واستخراج المادة الملائمة للعملية العلاجية .

٥- المواجهة من خلال:

أ- التباين بين ما يقوله العضو الآن وما سبق أن قاله في مرات سابقة.

ب- التباين بين ما يقوله العضو وبين ما يفعله .

جـ- التباين بين أقوال العضو وبين مشاعره .

٦- تلخيص ومراجعة المواد الهامة التي طرحت.

٧- التفسير .

٨- إعادة الصياغة .

٩- الربط بين الأشياء .

١٠- تقديم المعلومات .

١١- المبادءة .

١٢- التطمين والتشجيع والتدعيم.

١٣- التدخلات العلاجية: حيث يتدخل المعالج في المواقف الآتية:

أ- حين يتحدث فرد باسم الجماعة كلها.

ب- عندما ينصب أحد أعضاء الجماعة نفسه متحدثًا باسم زميل له.

جـ- عندما يركز أحد الأعضاء على أشخاص أو ظروف خارج أعضاء الجماعة .

د- عندما يبدو التناقض بين أنواع السلوك .

هـ- عندما يدخل عضو ما الملل على الجماعة من خلال تكرار ما يقوله.

١٤- الصمت داخل الجماعة .

١٥- التعرف على السلوك غير اللفظي وتعريفه.

١٦- استخدام رسائل واضحة ومختصرة وذات معنى.

١٧- التركيز والتصويب.

١٨- تجنب الأحداث والوقائع التي قد تؤدي إلى تفجر الجماعة.

١٩- وضع الأهداف.

٢٠- تيسير الوصول إلى النهاية.

كما تتعدد أيضًا الفنيات. ولذا فإن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى جسم العديد من القضايا مثل: عدد أعضاء الجماعة - طبيعة المشاكل التي تعاني منها الجماعة، مهارات القائد أو المعالج النفسي الجمعي، مدة العلاج النفسي وهكذا (لطفي فطيم، ١٩٩٤ . محمد حسن غانم، ٢٠٠٩).

ومن خلال خبرة - كاتب هذه السطور - في استخدام فنيات هذا العلاج يستطيع القول: بإنها أحرزت تقدمًا هائلاً خاصة في علاج المدمنين، فمشاكلهم تقريبًا واحدة، أما فيما يتعلق ببعض المدمنين الذين كانوا يعانون من نقص في توكيد الذات أو الخجل، فكان يجرى عليهم علاجًا فرديًا، وبعد أن يستعيدوا الثقة بالنفس، كان يدخلهم إلى العلاج النفسي الجمعي، وإذا كانت أعدادهم كبيرة فكان يجمعهم في علاج نفسي جمعي حتى يجتازوا هذه الأزمة ويحدث التفاعل بينهم من خلال التواجد داخل أعضاء الجماعة، والتي تعاني من نفس المشكلة وما يتفرع عنها من مشكلات نفسية أخرى.



المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- إبراهيم الصياد (١٩٨٥): **نظرة الإسلام للطب**، مجلة الفيصل الطبية، العدد (١١) مارس، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٢- إجلال محمد سرى (١٩٩٠): **علم النفس العلاجى**، القاهرة، عالم الكتب.

٣- أحمد شوكت (١٩٧٠): **العرب والطب**، دمشق، منشورات وزارة الثقافة.

٤- أحمد عكاشة (٢٠٠٢): **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

٥- أنطوان ستور (١٩٩١): **فى العلاج النفسى**، ترجمة لطفى فطيم، القاهرة، دار النهضة العربية.

٦- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٧- جوليان روتر (١٩٨٤): **علم النفس الإكلينيكى**، ترجمة عطية محمود هنا، القاهرة، دار الشروق.

٨- حامد زهران (١٩٩٧): **الصحة النفسية والعلاج النفسى**، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الثالثة.

٩- رشدى فام منصور (٢٠٠٠): **علم النفس العلاجى والوقائى**، رحيق السنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠- سامية الساعاتى (١٩٨٥): **ظاهرة السحر فى مدينة القاهرة**، بحث ميدانى في كتاب: قراءات في علم النفس الاجتماعى في الوطن العربى، المجلد الرابع، إعداد وتقديم لويس مليكة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ١٩٣-٢٠٦.

١١- سعد جلال (١٩٨٦): **في الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية**، الاسكندرية، دار الفكر العربى، الطبعة الثانية.

١٢- صبري جرجس (١٩٦٧) **من الفراعنة إلى عصر الذرة** - سطور في قصة الصحة النفسية في مصر، القاهرة، دار الكاتب العربى للطباعة والنشر.

١٣- عبد الرحمن العيسوى (ب . ت) **العلاج النفسى**، الإسكندرية دار الفكر الجامعى.

١٤- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) **علم النفس الإكلينيكى**، مناهج التشخيص والعلاج النفسى، الرياض - دار المريخ.

١٥- عبد الستار إبراهيم، رضوى إبراهيم (٢٠٠٣) **علم النفس: أسسه ومعالم دراساته**، الرياض، دار العلوم للطباعة والنشر، الطبعة الثالثة.

١٦- عبد الستار إبراهيم، رضوى إبراهيم، عبد العزيز الدخيل (١٩٩٣) **العلاج السلوكى للطفل - أساليبه ونماذج من حالاته**، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

١٧- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه**، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

١٨- عبد العزيز الدخيل (١٩٩٠) **سلوك السلوك: مقدمة في أسس التحليل السلوكى ونماذج من تطبيقاته**، القاهرة، مكتبة الخانجى.

١٩- عبد اللطيف أحمد (١٩٨٦): **الابعاد الاجتماعية والثقافية للمرض العقلى في المجتمع المصرى**، ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، آداب عين شمس - القاهرة.

٢٠- على محمد مطاوع (١٩٨٥) **مدخل إلى الطب الإسلامى**، القاهرة وزارة الأوقاف، المجلس الأعلى للشئون الإسلامية.

٢١- علاء الدين كفافى (١٩٩٧): **في الصحة النفسية**، القاهرة، هجر للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة.

٢٢- عمر شاهين، يحيى الرخاوى (١٩٧٣) **مبادئ الطب النفسى**، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٢٣- فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة، دار سعاد الصباح.

٢٤- فرج محمد الهونى (١٩٨٦) **تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية**، ليبيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.

٢٥- لطفى فطيم (١٩٩٤): **العلاج النفسى الجمعى**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٦- لطفى فطيم (١٩٩٤): **العلاج النفسى الجمعى**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٧- لويس مليكة (١٩٩٧): **العلاج النفسى**، الناشر المؤلف، القاهرة.

٢٨- محمد الجوهرى (١٩٩١): **المشتغلون بالسحر في كتاب: مشكلات اجتماعية**، إشراف محمد الجوهرى، الاسكندرية، منشأة دار المعارف.

٢٩- محمد حسن غانم (٢٠٠٩) **اتجاهات حديثة في العلاج النفسى**، القاهرة، مكتبة مدبولى للنشر والتوزيع.

٣٠- محمد حسن غانم (٢٠٠٩) **اتجاهات حديثة في العلاج النفسى**، القاهرة، مكتبة مدبولى.

٣١- محمد حسن غانم (٢٠١٠) **العلاج النفسى الجمعى**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

٣٢- محمد رياض (١٩٩٤): **مدى ملائمة العلاج النفسى السيكودرامى لمرضى الاضطرابات النفسية (العصاب)** القاهرة، دكتوراه غير منشورة، طب الأزهر.

٣٣- محمد محروس الشناوى (١٩٩٤) **نظريات الإرشاد والعلاج النفسى**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٤- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩): **الشخصية والعلاج النفسى**، القاهرة، النهضة المصرية.

٣٥- محمد محمد شعلان (١٩٧٩): **الاضطرابات النفسية فى الاطفال -** الجزء الثانى، القاهرة، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية.

٣٦- ميشيل إرجايل (١٩٧٣) **علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية،** ترجمة عبد الستار إبراهيم، سلوى الملا، القاهرة، دار الكتب الجامعية.

٣٧- يونج (٢٠٠٣): **علم النفس التحليلى،** القاهرة، إصدارات مكتبة الأسرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

38- American Psychiatric association (1994): Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders. Fourth edition. washington. DC. APA.

39- Coleman.J, (1979) Abnormal pshychology and Modern life, india bhargava & Co. Impression hoss. Third edition.

40- Gross, R. (1993) Psychology. the science of Mind and belavior. London: Hodder & stoughton 2nd ed.

41- Kendall, P & Norton, F. (1983) clinical psychology: Scientific and professional dimensions. New York John wiley.

42- World Health organiation (1992) the icd - lo classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva.





الدراسات السابقة العربية
في مجال الاضطرابات النفسجسمية

مقدمة

بالطبع نستطيع أن نعرض لكل الدراسات التي تناولت محور الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات العربية، غير أن ما لا يدرك كله لا يترك كله، ومن هذا المنطلق سوف نقدم إطار للدراسات التي اتكأت على العينة والأدوات، ولجأت إلى الدراسة الميدانية حتى يتضح لنا أمران:

الأول: كم الدراسات التي تناولت محور الاضطرابات السيكوسوماتية.

الثاني: علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالعديد من العوامل النفسية والشخصية الأخرى، وكذا نوعية العينات التي تناولتها مثل هذه الدراسات الميدانية.

وسوف نقتصر في عرضنا على الدراسات الميدانية فى مجال الدراسات العربية فقط.

دراسات عربية تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية:

١- دراسة «محمود أبو النيل» (١٩٧٢) عن «الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالتوافق المهني في الصناعة»:

يدور الهدف الرئيسي لهذا البحث حول الكشف عن العوامل المختلفة في التوافق المهني والتي تقترن وتكون لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي، وفي ضوء ذلك صاغ الباحث الفرض الرئيسي لهذا البحث حول «توقع أن يكون المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً من أفراد المجموعة الضابطة، وهم في نفس سن ومهن ومستوى اجتماعي واقتصادي وظروف عمل المجموعة، فيماعدا أنهم ليست لديهم اضطرابات سيكوسوماتية. وذلك من خلال ما اقتصر البحث على قياسه لعوامل تتعلق بالتوافق المهني وهي: الاستعدادات، والقدرات المتطلبة في العمل، والنواحي الانفعالية، والروح المعنوية التي تتمثل في شعور الفرد بانتمائه وتواجده في العمل، وشعوره بأنه ذو تقدير وله مكانة.

وقد قام الباحث باختيار العينة للذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية بناءً على أسس ثلاثة:

١- الأساس الطبي. ٢- الأساس المهني. ٣- الأساس النفسي.

١- **أما الأساس الأول وهو:** ما يقوم به الأطباء بتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء تعريف محدد لهذه الاضطرابات قدمه الباحث لهم.

٢- **الأساس المهني:** وذلك من خلال حصر ارتباط هذه الاضطرابات بمهن معينة.

٣- **الأساس النفسي:** وذلك من خلال بعض الاختبارات النفسية مثل قائمة مينسوتا المتعددة الأوجه للشخصية وقائمة كورنل.

وقد تحددت متغيرات التوافق المهني الآتية التي اختيرت الأداة المناسبة لها:

١- الاستعدادات والقدرات الخاصة، وقد تم قياسها من خلال اختبار الاستدلال الميكانيكي وسرعة إدراك العد واختبار الفهم العام- التجميع الميكانيكي- مهارة الأصابع.

٢- النواحي الانفعالية: قائمة كورنل.

٣- العلاقات الاجتماعية: اختير الاختبار السوسيومتري الذي أعد في بحث قياس وتشخيص الروح المعنوية لدى العاملين بالصناعة.

٤- الروح المعنوية: اختيرت من مقياس الروح المعنوية (في مركز البحوث الاجتماعية والجنائية).

وبعد إتمام تقنين الأدوات والتأكد من صلاحيتها ثم تطبيقها على عينتي الدراسة (التجريبية والضابطة) أشارت النتائج إلى تحقيق افتراضات الدراسة الجزئية بوجه عام على النحو التالي:

أ- بالنسبة للاستعدادات والقدرات الخاصة فقد كان متوسط أداء المجموعة التجريبية أقل من المجموعة الضابطة، ثم أجرى تحليل عاملي للاختبارات التي ميزت بين المجموعتين سمي «بسرعة إدراك العلاقات المكانية».

ب- بالنسبة لمتغيرات الروح المعنوية، يتضح من الاتجاه العام للمتوسطات أن الروح المعنوية عمومًا لدى المرضى منخفضة عنها لدى الأسوياء، لكن وجد أن المرضى يماثلون الأسوياء في بعض جوانب الروح المعنوية- أي لا يوجد فرق دال بين المجموعتين مثل متغيرات مزايا العاملين، والود، وعلاقة العمال بالمشرف، والتعاون بين العاملين.

جـ- بالنسبة للعوامل الانفعالية تبين أن جميع مقاييس قائمة كورنل الفرعية تميز تميزًا دالاً بين المجموعتين التجريبية والأسوياء، مما يشير إلى أن النواحي العصابية السيكوسوماتية التي تقيسها المقاييس الفرعية للاختبار هي المميزة لهؤلاء المرضى، وأن هذه العوامل تلعب دورًا كبيرًا في سوء توافقهم المهني.

د- بالنسبة للاختبار السوسيومتري، ميزت الدرجة الكلية للاختبار بين المجموعتين تميزًا دالاً.

وبإجراء التحليل العاملي للجوانب الأربع السابقة أمكن الوصول إلى

مجموعة العوامل القابلة لإعادة الإنتاج تبين أهميتهم في تحديد التوافق المهني للعامل، وبالتالي إمكانية إصابته بأحد الأمراض السيكوسوماتية.

(محمود أبو النيل، ١٩٧٢)

٢- دراسة «محمود أبو النيل» (١٩٧٤)؛ «عن العلاقة بين المستوى الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي العصابية والسيكوسوماتية»:

يعتبر العامل الاقتصادي من العوامل الملحة التي يقتضي دراستها نظرًا لما يلعبه هذا العامل من دور كبير في توافق الطالب الدراسي؛ إذ إنه مما لاشك فيه أن الطالب الذي ينتمي لمستوى اقتصادي منخفض يلاقي صعوبات في الدراسة. أما الطالب الذي ينتمي لمستوى اقتصادي مرتفع فيكون في متناوله الإمكانيات التي تدفعه للتقدم والتفوق في الدراسة. وتحاول هذه الدراسة البحث عن «علاقة المستوى الاقتصادي بالجانب الانفعالي والسيكوسوماتي في حدود ما تقيسه قائمة كورنل». وقد تم طرح هذا الفرض الأساسي للدراسة والذي مؤداه ما يلي:

«يتوقع أن يكون هناك فروقًا ذى دلالة إحصائية على قائمة كورنل بين الطلبة الجامعيين في السنة الأولى بقسم علم النفس والاجتماع بكلية الآداب جامعة عين شمس. ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع وبين الطلبة ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض، أي أن الطلبة ذوي المستوى الاقتصادي المعين قد تلقوا أساليب في التنشئة تختلف عن تلك التي تلقاها غيرهم، ومع هذا من المتوقع أن تختلف استجاباتهم على قائمة كورنل بالنسبة للأعراض العصابية والسيكوسوماتية.

وقد قام الباحث بعد تطبيق الأدوات قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية على عينة بلغت ١٠٥ طلاب وطالبات منهم ٧٤ طالبة و٣١ طالبة بالسنة الأولى بقسمي علم النفس وعلم الاجتماع، باحتساب الربيع الأعلى والأدنى لدخل أسر مجموعة الطلبة ككل. ثم لمجموعة الطالبات والطلبة ككل على حدة، وذلك بالنسبة لدخل الوالد سواء كان مرتبًا يتقاضاه عن عمل حر أم مرتبًا...إلخ. ثم قام باستخدام اختبار (ت) وذلك للمقارنة بين مرتفعي الدخل ومنخفضي الدخل في المجموعات الثلاث.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

أولاً: بالنسبة لمجموعة الطلبة: تبين عدم وجود فروق ذات دلالة من الناحية الإحصائية بين المجموعتين المرتفعتين والمنخفضتين في الدخل.

ثانيًا: بالنسبة لمجموعة الطالبات: تبين عدم وجود فروق ذات دلالة من الناحية الإحصائية بين المجموعتين المرتفعتين والمنخفضتين في الدخل.

ثالثًا: بالنسبة للعينة الكلية: تبين وجود فرق دال على مقياس كل من الأعراض السيكوسوماتية والأعراض المعدي معوية فقط. وكان اتجاه الفرق لمتغير الأعراض السيكوسوماتية لصالح المجموعة منخفضة الدخل، وبالنسبة لمتغير الأعراض المعدي معوية كان اتجاه الفرق لصالح المجموعة مرتفعة الدخل.

وبالنسبة للفرق الدال على مقياس الأعراض السيكوسوماتية نجد أنه يرجع إلى أن العامل الاقتصادي، أي انخفاض هذا المستوى لديهم يعتبر موقفًا غير محلول يؤدي إلى عجزهم عن سد الكثير من مطالب الحياة. وهذا يؤدي إلى اضطراب في الجانب النفسي والذي يعمل بدوره إلى اضطراب الجسم.

وبالنسبة للفرق في الأعراض المعدي معوية لصالح المرتفعي في الدخل نجد قد يتفق مع دراسات عديدة أكدت ارتباط الجهاز المعدي معوي بالأداء في العمل، وبالكفاح من أجل الطعام، وبالبحث عن السلطة، وكل هذه الأشياء ترتبط بالتالي بالمستوى الاقتصادي المرتفع وزيادة الإنتاج والذي يمثل بدوره زيادة في دخل الفرد. وهذا يتفق والنتيجة التي تم التوصل إليها.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤، ص ص ٤٨-٦٠)

٣- دراسة «لطفي فطيم» (١٩٧٩) عن العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية:

يرى الباحث أن الإنسان تنتابه في موقف الشدة النفسية انفعالات قوية تؤدي إلى اختلال توازنه الفسيولوجي واستمرار هذا الاختلال قد يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية مرضية كالقرحة وارتفاع ضغط الدم... إلخ، ولكن بعض الناس في مواقف الشدة الانفعالية لا تنتابهم هذه الأعراض، كما أن من يتعرضون لنفس موقف الشدة لا يصابون بنفس الأعراض

السيكوسوماتية. ولكن ما الذي يحدد في النهاية العضو أو الجهاز الذي ستعتريه الإصابة؟

والمنطق السيكولوجي في النظر إلى هذه المشكلة يربط بين الانفعال كقوة جوهرية أصيلة من قوى الإنسان، وبين موقف الشدة النفسية وبين ظهور الأعراض الهستيرية أو السيكوسوماتية من خلال استجابة الشخص لموقف الشدة.

والفرض الأساسي لهذا البحث نابع من النتائج التي توصل إليها «فشر وكليفلاند» في دراستهما عن الجسد والشخصية، فقد توصلا إلى نمطين من الشخصية على أساس موقع العرض السيكوسوماتي من حيث كونه ظاهرًا أو باطنًا، فصورة الجسد هي بعد أساس من أبعاد الشخصية، وتصور الفرد لحدود صورة جسده باعتبارها هاشة قابلة للاختراق أو صلبة واقية يحدد موقع العرض السيكوسوماتي، ويرتبط بهذا التصور اعتبار الشخصية نتاجًا لمجموع العلاقات الاجتماعية للفرد.

ويمكن تلخيص التساؤلات التي تثيرها هذه الفروض في الأسئلة الآتية:

١- ما هي الحلقة التي تصل ما بين الظواهر الجسمية والظواهر النفسية، وهل يصلح تصور الفرد لجسده مدخلاً لتناول تلك العلاقة؟

وهل تصلح درجة المناعة التي وصل إليها فيشر وكيفلاند مقياسًا؟

٢- ما هي الانفعالات وما هي الشدة؟ وما هي العلاقة بينهما من ناحية، وبين الأمراض السيكوسوماتية من ناحية أخرى؟

٣- هل يمكن من خلال صورة الجسد تكوين رؤية لعلاقة الشخص بالمرض السيكوسوماتي؟

٤- ما هو تصورنا للشخصية؟ وهل فهمها باعتبارها نتاجًا لمجموعة العلاقات الاجتماعية يصلح جسرًا للربط بين الشخصية والمرض السيكوسوماتي؟

٥- كيف يكشف تصور الفرد لحدود جسده عن موقفه من البيئة الاجتماعية؟

- والفرض موضوع الدراسة الميدانية هو هل المرضى بالمرض السيكوسوماتي

ذو أعراض باطنة يحصلون على درجة مناعة منخفضة عن تلك التي يحصل عليها المرضى بمرض سيكوسوماتي ذي أعراض ظاهرة؟

وتكونت عينة هذه الدراسة من خمسين (٥٠) مريضًا نصفهم مصابون بقرحة المعدة، والاثنى عشر، والنصف الآخر مصابون بالتهاب المفاصل الروماتيزمي، وتم اختيارهم وفقًا للتشخيص الإكلينكي من مستشفى الحسين الجامعي، وكذلك من مستشفى المنيل الجامعي. وتراوحت أعمارهم ما بين ٣٠-٤٠ عامًا، وكانوا جميعًا يقطنون أحياء شعبية متواضعة، ويعملون في مهن حرفية، ودرجة تعليمهم ما بين أمي إلى تعليم متوسط، باختصار كانوا من حيث المهن والدخل والتعليم والسكن ينتمون إلى الفئة الدنيا.

- وقد تم تطبيق اختبار الروشاح عليهم تطبيقًا فرديًا وفقًا لفيشر وكليفلاند، وكان تطبيق الاختبار الواحد يستغرق من ٢٠-٣٠ دقيقة.
- وكانت نتائج الدراسة مؤيدة للفرض الذي ذهبنا إليه، حيث كان الفارق بين المجموعتين دالاً عند مستوى ٠٠١, باختبار «ت» وكذلك اختبار الوسيط.
- ويرى «فطيم» أن هذا يدعم ما تصوره من أن صورة الجسد هي بُعد أساسي من أبعاد الشخصية، وأن تصور الفرد لحدود جسده يكشف عن موقعه في البيئة الاجتماعية، وأن الشخصية بالتالي هي في أساسها نتاج لمجموع العلاقات الاجتماعية، وأن ذلك كله يؤكد الفهم الديالكتيكي للعلاقة بين الإنسان والطبيعة . (لطفي فطيم، ١٩٧٩) .

٤- دراسة كاميليا عبد الفتاح وآخرون (١٩٨١)، «عن العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى مرضى الربو الشعبي»:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين عينات من تلاميذ مدرسة الإسكندرية المصابين بالربو الشعبي وغير المصابين به في كل من العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي. ولأخذ عينة الدراسة قسمت مدينة الإسكندرية إداريًا إلى أربع مناطق صحية هي شرق ووسط وغرب ومنطقة العامرية الطبية. وقد اختيرت من كل منطقة طبية وحدة صحية

مدرسية واحدة، وقد مثلت المدارس التي تخدمها عينة التلاميذ المصابين بالربو؛ إذ تضمنت الدراسة كل حالات الربو المسجلة في هذه الوحدات من المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية. وكان مجموع هذه الحالات هو ٢٣٨ أمكن تطبيق استخبار الشخصية على ١٧٧ حالة منهم، وقد اختير التلميذ المجاور لكل تلميذ مريض بالربو باعتباره فردًا من أفراد العينة الضابطة (ن=١٧٧)، مع إجراء مضاهاة في العمر والجنس ومستوى التعليم بين التلميذين.

وقد صنف التلاميذ المصابون بالربو تبعًا لشدة الإصابة إلى مستويات أربعة هي: أ، ب، جـ، د، حيث يعد المستوى (أ) أضعفها في حين أن المستوى (د) أكثرها شدة، ويعتمد التصنيف على عدة محكات أهمها تكرار الأزمات في السنة.

وقد استخدمت الأدوات الآتية للتأكد من صحة فروض هذه الدراسة:

(أ) الصورة العربية لقائمة إيزنك للشخصية (نسخة الأطفال) مع تلاميذ المرحلة الابتدائية والسنة الأولى الإعدادية في حين استخدمت الصورة ب للراشدين على الطلاب للمرحلة الثانوية والسنتين الثانية والثالثة الإعدادية، وقد استخرج من هذه القائمة درجتان للعصابية والانبساط فقط.

(ب) كما استخدم مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي ويشتمل هذا القياس على ١١٧ سؤال تشير إلى مختلف الأنشطة الاجتماعية التي يقوم بها الطفل باعتبارها عادة خلال حياته اليومية الطبيعية. وطبق هذا المقياس بالاتصال الشخصي مع أم الطفل وأبيه خلال زيارة منزلية.

وبعد استخدام التحليلات الإحصائية المناسبة أشارت النتائج إلى ما هو آتي:

١- إن لمرضى الربو درجات أعلى من العينة الضابطة لكل منهم، وإن كان التباين أكثر اتساعًا في العينات الضابطة فيما عدا طالبات الثانوي.

٢- كما اتضح أن متوسط درجات العصابية يزداد تدريجيًا كلما تقدم المرض باستثناء المستوى (أ، ب) إذ لهما نفس المتوسط؛ مما يرجع إمكانية اعتبارها مجموعة واحدة.

٣- كما اتضح أن درجات الانبساط تتناقص تدريجيًا بزيادة مستوى المرض.

٤- وفيما يتعلق بمقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي يتضح أن مستوى الدرجات أقل لدى مرضى الربو بالمقارنة مع المجموعة الضابطة المقابلة لها.

وبوجه عام كشفت هذه الدراسة عن وجود درجة مرتفعة من العصابية لدى مرضى الربو الشعبي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة لهم. وقد ظهر من هذه الدراسة كذلك أن درجة العصابية تزداد مع زيادة شدة المرض بوجه عام، وهذا ما يتفق مع الدراسات والبحوث السابقة.

وفيما يختص ببعد الانبساط/ الانطواء، فقد كشفت هذه الدراسة عن أن مرضى الربو الشعبي أقل انبساطًا من المجموعة الضابطة في مستوى المرحلة الابتدائية من الجنسين. أما بقية المقارنات في المراحل التعليمية التالية ولدى الجنسين فهي غير دالة إحصائيًا، وقد يفسر ذلك أن الطفل عندما يزداد نضجًا فإنه يتصالح مع مرضه ويتقبل الأمر الواقع. وكشفت هذه الدراسة كذلك عن نتيجة مؤداها أن درجة الانبساط ترتبط سلبيًا بشدة المرض بوجه عام، فكلما زادت شدة المرض انخفضت الدرجة (انطواء زائد) (كاميليا عبد الفتاح وآخرون، ١٩٨١، ص ص٧٧-٩١).

٥- دراسة «حسن عبد المعطي» (١٩٨٤) عن «العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض السيكوسوماتية لدى المراهقين»:

أجريت هذه الدراسة بهدف التعرف على العوامل النفسية التي تكمن وراء الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين- باعتبار أن الشخص الذي يعاني من هذه الاضطرابات قد عجز أن يتخذ لنفسه دفاعًا ضد القلق، وعجز عن أن يتخذ وسيلة لتصريف توتراته، ولذلك فإنها تتصرف من خلال أعضائه، وأن هذه الضغوط والصراعات تظل لاشعورية عند الفرد إلى حد كبير- ذلك كان الهدف العام لهذه الدراسة والتي تمثلت فروضها فيما يلي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل النفسية بين المراهقين السيكوسوماتية، والمراهقين الأسوياء - لصالح السيكوسوماتية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل النفسية بين المراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي حاد، والمراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي بسيط - لصالح المصابين باضطراب حاد.

٣- تكشف ديناميات شخصية المراهقين المصابين باضطراب حاد في تكوين الشخصية وإحباط للحاجات النفسية وصراعات لاشعورية.

وقد قام الباحث بتطبيق قائمة «كورنل» لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية، واختبار T. A. T تفهم الموضوع، واختبار الذكاء المصور، ثم استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، كما استخدم في تحليله قصص T.A.T طريقتين:

أ- طريقة سيكومترية تستخدم الأسلوب الإحصائي.

ب- طريقة وصفية تحليلية تخدم الغرض الإكلينيكي.

وقد شملت العينة (٣٠) ثلاثون مراهقًا نصفهم من المراهقين المرضى بالريو السيكوسوماتي الذي تم اختيارهم وفقًا للتشخيص الطبي، والاختبارات الموضوعية، والنصف الآخر من المراهقين الأسوياء من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية الذين لا يعانون من أي اضطراب سيكوسوماتي كعينة ضابطة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى نتائج سيكومترية ونتائج إكلينيكية.

١- النتائج السيكومترية:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي ما يلي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل النفسية بين المراهقين السيكوسوماتين والمراهقين الأسوياء - على النحو التالي:

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحاجات النفسية المشبعة بين المراهقين السيكوسوماتيين والمراهقين الأسوياء.

فقد كانت أكثر الحاجات المشبعة لدى المراهقين «السيكوسوماتيين» هي: الحاجة إلى تلقي العون، والحاجة للإذعان، والحاجة للسلبية، واللامبالاة، والحاجة إلى تجنب الأذى.

- في حين أن أكثر الحاجات المشبعة لدى المراهقين «الأسوياء» هي: الحاجة للحب والحنان، والحاجة للاستقلال، والحاجة للأمان النفسي، والحاجة للإنجاز، والحاجة للاستعراض.

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحاجة النفسية غير المشبعة بين المراهقين السيكوسوماتيين والمراهقين الأسوياء.

- فقد كانت الحاجة غير المشبعة لدى المراهقين السيكوسوماتيين هي: الحاجة للأمان النفسي، والحاجة للاستقلال، والحاجة للحب والحنان، والحاجة للانتماء، والحاجة للإنجاز.

- في حين أن الحاجات غير المشبعة لدى المراهقين الأسوياء هي: الحاجة للمعرفة، والحاجة للملكية، والحاجة للجنس، والحاجة للحب، والحاجة للنظام.

جـ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل الانفعالية والوجدانية بين المراهقين السيكوسوماتيين، والمراهقين الأسوياء.. وكانت الصراعات لدى المراهقين السيكوسوماتيين أعلى من الأسوياء، وكانوا أكثر قلقًا وأكثر اكتئابًا.

د- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط البيئية بين المراهقين السيكوسوماتيين، والمراهقين الأسوياء.. وكانت أكثر الضغوط تأثيرًا على السيكوسوماتيين هي: ضغط نقص التأييد الأسري، وضغط الحرمان، وضغط الدونية، وضغط الاحتجاز، وضغط الأخطار المادية.

وهذه النتائج تحقق صحة الفرض الأول.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل النفسية بين المراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي حاد والمراهقين المصابين باضطراب سيكوسوماتي بسيط، وذلك على النحو التالي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئتين في:

أ- الحاجات النفسية المشبعة. ب- الحاجات النفسية غير المشبعة.

جـ- العوامل الوجدانية والانفعالية. د- الضغوط البيئية.

٢- النتائج الإكلينيكية للدراسة:

أوضحت النتائج الإكلينيكية لهذه الدراسة أن أنواع الديناميات والعوامل الشعورية لدى المراهقين السيكوسوماتيين تختلف عن المراهقين الأسوياء على النحو التالي:

١- **صورة الأم:** أوضحت أن السيكوسوماتيين متشبثين بالعلاقة بالأم والالتصاق بها واعتمادية زائدة، على عكس الأسوياء الذين يكشفون عن علاقة إيجابية.

٢- **صورة الأب:** أوضحت أن السيكوسوماتيين لديهم ميول عدوانية كامنة موجه إلى الأب.. والإسراف في استخدام الميكانيزمات الدفاعية لإخفاء ذلك في حين أوضح الأسوياء اتجاهات إيجابية نحو العلاقات الأسرية.

٣- **صورة الذات:** تبدو لدى السيكوسوماتيين سلبية، والأنا غير كفء، ويتسم بعدم النضج والاعتمادية، والإذعان، والخنوع، في حين أظهر الأسوياء قدر كبير من الإيجابية والنضج والطموح والتفوق.

٤- **العلاقة بالآخرين:** يظهر الإحباط والحرمان وشدة الطابع المازوخي في علاقة السيكوسوماتيين بالآخرين.. وكبت شديد لمشاعر السلبية المرتبطة بالعلاقات الأسرية، في حين أن استجابات المراهقين الأسوياء تتسم بثراء علاقاتهم بالآخرين.

٥- **المشاعر والوجدانات:** ظهور مشاعر الخوف والاكتئاب والقلق لدى المراهقين السيكوسوماتيين التي تعرب عن إحباط حاد في البناء الدافعي. ويتضح اختفاء هذه المشاعر لدى المراهقين الأسوياء.

٦- **العلاقات الجنسية:** أظهر السيكوسوماتيين هروب حوازي من الحاجة للجنس وعلاقة جنسية مثلية كامنة، وخوف من فقدانها. كما أن العلاقات الجنسية الغيرية لدى الأسوياء اتخذت مسارًا طبيعيًا يختلف عن السيكوسوماتيين.

(حسن مصطفى عبد المعطي، ١٩٨٤)

٦- دراسة «غادة سليمان العتيبي» (١٩٨٨) عن «علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسي لدى الطلاب المراهقين»:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على:

أ- شكل وطبيعة العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية والانفعالية من ناحية، وكل من متغيرات الشخصية والتوافق الدراسي من ناحية أخرى.

ب- كما تهدف إلى التعرف على الفروق بين المجموعتين (المرتفعة والمنخفضة) في الأعراض السيكوسوماتية وذلك في متغيرات الشخصية والتوافق الدراسي.

وللتأكد من صحة هذه الأهداف استخدمت الباحثة عينة مكونة من ٢٠٠ مفحوص من الذكور والإناث في مرحلة الدراسة الثانوية (الصف الأول والثاني)، وهاتان العينتين الفرعيتين متقاربتان في المستوى العمري، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي، والتعليمي، حيث بلغ المستوى العمري للذكور ١٦,٣٩ عامًا، والإناث بمتوسط عمري ١٥,٦٨ . وقامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية للتأكد من صحة هذه الأهداف.

قامت باستخدام قائمة كورنل للأعراض السيكوسوماتية، واختبار الشخصية الإسقاط الجمعي، اختبار التوافق الدراسي لمحمود الزيادي، ثم اختبار الذكاء اللغوي لرجاء أبو علام وحمدي حنبلي. وتم تطبيق الأدوات في جلسات جماعية بلغ عدد أفرادها ٢٠ طالبًا في المتوسط لكل جلسة، واستغرقت كل جلسة من الجلستين لتطبيق الأدوات ساعة ونصف في المتوسط يتخللها ربع ساعة راحة بين الاختبارين.

وتم إجراء التحليلات الإحصائية الآتية لكل من الذكور والإناث والعينة الكلية معًا.

أ- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الالتواء لكل اختبار من الاختبارات المستخدمة.

ب- معامل الارتباط المستقيم (بيرسون) بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من متغيرات الشخصية والتوافق الدراسي.

جـ- التحليل العاملي لمصفوفة الارتباط السابقة.

د- اختبار «ت» للفروق في المتوسطات بين المجموعتين.

وفي نهاية التحليلات أظهرت الدراسة نتائج متمثلة فيما يلي:

- فبالنسبة للفرض الأول: أمكن الوصول إلى مجموعة من الارتباطات المستقيمة الدالة بين الأعراض السيكوسوماتية والانفعالية ومتغيرات الشخصية لدى عينات الدراسة الثلاثة، ولكنها كانت قليلة العدد.

- وبالنسبة للفرض الثاني: تم التوصل إلى مجموعة من الارتباطات المستقيمة الدالة بين الأعراض ومتغيرات التوافق الدراسي للعينات الثلاث، وإن سارت عكس اتجاه فروض الدراسة.

- أما بالنسبة للفرض القائل بالفروض بين المجموعتين (مرتفعي ومنخفضي) الأعراض السيكوسوماتية، وذلك في متغيرات الشخصية والتوافق الدراسي، فقد تم التوصل إلى مجموعة من الفروق الضئيلة الدالة إحصائيًا بينهم.

- وبالنسبة للفرض الرابع القائل: نتوقع الخروج بعوامل مستقلة واضحة للأعراض السيكوسوماتية، والشخصية، والتوافق الدراسي. فقد تحقق بشكل واضح، حيث كشفت نتائج التحليل العاملي لعينتي الإناث والذكور والعينة الكلية عن استخراج هذه العوامل.

أ- أمكن الوصول إلى عامل واضح للأعراض السيكوسوماتية تشعبت عليه كل متغيرات اختبار (كورنل) العشرة، وإن تفاوتت الأوزان النسبية لمقدار تشبع هذه المتغيرات على عامل كل عينة من العينات الثلاث. وذلك على أساس أن بعض المتغيرات تحصل على أعلى التشبعات لدى عينة معينة، وبعض المتغيرات الأخرى تحصل على تشبعات لدى عينة معينة، وبعض المتغيرات الأخرى تحصل على تشبعات هذا العامل لدى العينات الثلاث مثل الخوف على الصحة، وأمراض التنفس والدورة الدموية، والخوف وعدم الكفاية، والفزع.

ب- كما أمكن الوصول إلى عامل واضح للتوافق الدراسي لدى عينة الدراسة الثلاث تشبع عليه معظم المقاييس الفرعية لاختبار التوافق الدراسي. وإن لم يتشبع عليه التحصيل الدراسي والذكاء كمظهرين هامين للتوافق الدراسي في هذه الدراسة. والفرق الوحيد بين عاملي عينة الذكور والإناث هو اختلاف في ترتيب التشبعات على العامل الخاص بكل منهما.

جـ- أمكن الوصول إلى عامل محدد للشخصية (أو عاملين) تشبعت عليه بعض مقاييس اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي تشبعات دالة. وتشبع عليه البعض الآخر تشبعات أقل دلالة لدى عينات الدراسة الثلاث، مما يعني أن هناك مجموعة من هذه المقاييس الفرعية أكثر كفاءة من غيرها في قياس الشخصية. ففي عينة الإناث أظهر عامل واحد للشخصية، وتشبع عليه أربعة مقاييس هي: الانزواء، وعامل انخفاض التوتر، وطلب النجدة، والانتماء، وفي الذكور ظهر عاملان قطبيان مستقلان للشخصية الأول: تشبع عليه ثلاث مقاييس هي: الانزواء، وطلب النجدة، ومعامل انخفاض التوتر، والثاني: تشبع عليه ثلاثة مقاييس أيضًا: العصابية، والانتماء، وطلب النجدة.

(غادة سليمان العتيبي، ١٩٨٨)

٧- دراسة «حسن عبد المعطي» (١٩٨٩) عن الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين».

تحاول الدراسة التعرف على أحداث الحياة الصادمة المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين والفرق بينهم وبين الأسوياء في إدراك كل منهم لصعوبات أحداث الحياة من ناحية وبين الفئات السيكوسوماتية بعضها البعض من ناحية أخرى، كان ذلك الإطار العام لهذه الدراسة والتي حاولت الإجابة على التساؤلات الآتية:

١- ما هي أحداث الحياة الصادمة المرتبطة بالاضطراب السيكوسوماتيين؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في تأثرهم بأحداث الحياة؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات المرضى السيكوسوماتيين في إدراكهم لأحداث الحياة التي يمرون بها؟

وتتعلق هذه الدراسة بمجال حيوي وأساسي في مجالات علم النفس بصفة عامة وعلم النفس المرضي على وجه الخصوص، فأحداث الحياة وتأثيرها على الحالة النفسية للفرد وما يعقبها من آثار تنعكس على الصحة الجسمية لم تتطرق له الدراسات العربية إلا نادرًا. لذا فالدراسة الحالية تحاول أن تملأ فراغًا في الدراسات السيكولوجية وخاصة في تناولها لتأثير أحداث الحياة على خمسة أنواع من الاضطرابات السيكوسوماتية. فأوضاع القرن الحالي وأحداثه على الرغم مما تنطوي عليه من مكاسب واختراعات إلا أنها تعجل بالأحداث المثيرة للقلق والاضطراب النفسي عند الأفراد، بما يشعر الفرد بتهديد أمنه الجسمي والمادي والاجتماعي، فالإنسان الحالي ينعم بما ينعم ويتوجس خيفة مما يجهل. ويعاني القلق من كل ما يهدد أمنه، فكل حدث يمر بالإنسان، وكل خبر يسمعه أو يقرأه كل يوم يثير في الفرد كوامن القلق بما يهددالأمن النفسي، ومع ذلك لا يستطيع أن يبعد مصادر الخطر أو يسلك سلوكًا إيجابيًا إزاءها، ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها الإنسان يومًا بعد يوم سببًا في نمو الأعراض السيكوسوماتية وغيرها من الأمراض.

وقد قام الباحث باستخدام الأدوات الآتية للإجابة على التساؤلات السابق ذكرها:

١- استبيان ضغوط أحداث الحياة أعده «كونتانس» وقام الباحث باقتباسه وتعريبه وتقنينه كأداة للتقييم السيكولوجي لأحداث الحياة، ويتكون من ٧ مجالات لأحداث الحياة تتعلق بالعمل والدراسة والناحية المادية- الصحية- المنزل والحياة الأسرية- والزواج والعلاقة بالجنس الآخر والوالدية وأحداث الحياة.

٢- قد استخدم مقياس الصحة النفسية (قائمة كورنل Cornell).

٣- مقياس الذكاء العالي لقياس الذكاء العام: إعداد السيد محمد خيري.

٤- استمارة المستوى الاقتصادي/ الثقافي/ الاجتماعي: إعداد الباحث.

وقد شملت عينة الدراسة مجموعتين من المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء، فقد اشتملت عينة المرضى السيكوسوماتيين على ٤٣ مريضًا صنفوا كحالات قرحة معدة، وضغط دم جوهري، وحالات ربو شعبي، وآلام مفاصل روماتيزمية، وأرتكاريا. أما عينة الأسوياء فقد تكونت من ١٥ فردًا من المترددين على العيادة، وكانت العينة متجانسة مع مجموعة المرضى السيكوسوماتيين في السن، الذكاء، الجنس والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.

وقد توصلت الدراسة إلى أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة كانت من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين، وكانت أقل الأحداث تأثيرًا في المرضى السيكوسوماتيين هي: الالتحاق بالمدرسة مرة أخرى، وقطع العلاقة بالمحبوب، والتخرج من المدرسة أو التسرب منها. أما بالنسبة للتساؤل الثاني فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في إدراكهم لأحداث الحياة في جميع المجالات، وذلك في صالح المرضى السيكوسوماتيين؛مما يشير إلى أنهم أكثر قلقًا وتأثرًا بأحداث الحياة وضغوطها من الأسوياء- وهذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه الدراسة السابقة من أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة ضغط انفعالي شديد أو مستمر. أما بالنسبة للتساؤل الثالث والأخير فقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية في إدراكهم للأحداث المتعلقة بالناحية المالية والناحية الصحية، والزواج والعلاقة بالجنس الآخر والوالدية. ومن ثم تبين وجود فروق لها دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية وبعضها في إدراكهم لأحداث الحياة. حيث أوضحت النتائج أن مجموعة المصابين بقرحة المعدة كانوا أكثر المجموعات إحساسًا بتأثير الأحداث المرتبطة بالعمل والدراسة، وكانت مجموعة مرضى الربو الشعبي أكثر المجموعة تأثرًا بأحداث المنزل والحياة الأسرية، ومجموعة المرضى بضغط الدم الجوهري كانوا أكثر إحساسًا بالأحداث الشخصية من المجموعات الأخرى (حسن عبدالمعطي، ١٩٨٩، ص٢٩-٤٣).

٨- دراسة «منى حسين أبو طيرة» (١٩٨٩) عن «علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة».

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات الشخصية من جانب، وبين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاهات الوالدية في التنشئة كما يدركها الأبناء من جانب آخر، وذلك لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة، وذلك كان الهدف الرئيسي لهذه الدراسة والتي تحددت فروضها فيما يلي:

١- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات الشخصية لدى عينات الدراسة الثلاث.

٢- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض متغيرات التنشئة الوالدية لدي عينات الدراسة الثلاث.

٣- نتوقع وجود فروق دالة إحصائيًا بين منخفضي ومرتفعي السيكوسوماتية في كل من متغيرات الشخصية ومتغيرات التنشئة الاجتماعية.

٤- نتوقع وجود مكونات عاملية عامة ومشتركة كما يكشف عنها التحليل العاملي بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى عينات الدراسة.

٥- نتوقع وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة الأساسية.

وقد استخدمت الدراسة عينة مكونة من (٢٠٠) طالب وطالبة من كليات نظرية وعملية، وقد شملت الذكور والإناث، وقد بلغ المتوسط العمري لعينة الذكور ٢٠,٣٥ في حين بلغ المتوسط العمري لعينة الإناث ٢٠,٢٢، وقد طبقت الأدوات الآتية للتأكد من صحة الفروض السابقة:

أ- قائمة كورنل للكشف عن النواحي الانفعالية والسيكوسوماتية.

ب- اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية والذي تعكس الاستجابة عليه الاضطرابات النفسية الجسمية في أجهزة الجسم المختلفة.

جـ- اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي للتمييز بين الأفراد الذين يتمتعون بالصحة النفسية (المتوافقين)، وبين هؤلاء الذين يفتقرون إليها.

د- اختبار أيزنك الشخصية E.P.I للكشف عن ثلاثة أبعاد أساسية للشخصية، وهي: الانبساط - الانطواء- العصابية - اللاعصابية - الذهانية - اللاذهانية.

وسيتم عرض نتائج الدراسة في ضوء الإجابة على فروض الدراسة الأساسية وذلك على النحو التالي:

أ- وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وكل من متغيرات التوتر، وسوء التوافق، والعصابية، الذهانية، والميل إلى السلوك الإجرامي كمتغيرات للشخصية. كما وجدت علاقات ارتباطية سالبة دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وكل من متغيرات الانبساطية، المجاورة الاجتماعية، والانتماء.

ب- وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وكل من متغيرات الرفض والتشدد والإهمال والتبعية، وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب والمبالغة في الرعاية كمتغيرات في التنشئة الاجتماعية. كما أنه وجدت علاقة سالبة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية وكل من متغيرات التقبل والتسامح والاستقلال.

جـ- وجود فروق دالة بين منخفضي ومرتفعي الاضطرابات السيكوسوماتية في بعض متغيرات الشخصية الخاصة بالتوتر وسوء التوافق والعصابية والذهانية والميل إلى السلوك الإجرامي. كذلك وجدت فروق بين المجموعتين في بعض متغيرات التنشئة الخاصة بأساليب التقبل والرفض والتشدد والتبعية والإهمال وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب.

د- وقد كشف التحليل العاملي عن وجود مكونات عاملية بين الاضطرابات

السيكوسوماتية والشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى عينات الدراسة، والتي تمثلت في العديد من العوامل كان أبرزها:

١- عامل الاضطرابات السيكوسوماتية.

٢- عامل الأعراض العصابية في مقابل الميول الاجتماعية.

٣- عامل التقبل في مقابل الرفض.

٤- عامل الضبط من خلال الشعور بالذنب والتبعية.

٥- عامل التشدد.

هـ- كما وجدت فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في بعض متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وفي متغيرات الشخصية كانت هناك فروق خاصة في متغيرات العصابية والميل إلى السلوك الإجرامي. وفي التنشئة الاجتماعية ظهرت فروق بينهما في متغيرات التقبل والاستقلال وعدم الاتساق في المعاملة والضبط من خلال الشعور بالذنب. (منى أبو طيرة، ١٩٨٩) .

٩- دراسة بدرية كمال (١٩٩٢) عن رؤية سيكولوجية لمرضى الشرايين التاجية:

حيث تهدف الدراسة إلى التعرف على تأثير مجموعة من الضغوط التي يتعرض لها الفرد وتأثير ذلك عليه، إضافة إلى تقديم رؤية سيكولوجية لمرضى الشرايين التاجية للكشف عن بعض المتغيرات التي ترتبط بظهور هذا المرض، واستخدمت الباحثة العديد من الأدوات مثل: مقياس مواقف الحياة الضاغطة، ومقياس القلق والاكتئاب والانطواء، إعداد عمر شاهين ويحيى الرخاوي. أما العينة فكانت من مرضى الشرايين التاجية الموجودة بالمستشفيات أو خارجها من اللذين خرجوا من العناية المركزة وبلغوا ٧٠ مريضًا ومريضة (بواقع ٤٠ من الذكور) (٣٠ من الإناث)، ومثلهم كمجموعة ضابطة غير مرضي.

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الأسوياء في القلق إلى جانب عينة المرضى.

– وجود فروق دالة بين المرضى والأسوياء الذكور في الاكتئاب إلى جانب المرضى.

– وجود فروق دالة بين المرضى والأسوياء من الذكور بالنسبة للانطواء إلى جانب المرضى.

– وجود فروق دالة إحصائيًا بين المرضى من الريف والمدينة بالنسبة لمواقف الحياة الضاغطة (مجموعة كلية) إلى جانب عينة المدينة.

– إن عينة المرضى أبدوا عدم رضاءهم عن الكثير من جوانب حياتهم ومنها: الحياة الأسرية، وجود إحباطات في علاقات الحب، الشعور بالرفض، وفقدان الأهمية بالنسبة لعلاقاته مع المقربين إليه.

(بدرية أحمد كمال، ١٩٩٢، ص ص ٥٠-٧٧)

١٠- دراسة خضر عباس بارون (١٩٩٣) عن الاضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين:

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير الغزو العراقي للكويت، وانعكاس ذلك على البناء النفسي لعينة مكونة من (٤٥٠) طالبًا وطالبة من المراهقين بالمدارس الثانوية في الكويت، يتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات:

– النازحون كليًا .

– النازحون جزئيًا .

– الصامدون (أي الذين ظلوا في الكويت إبان الغزو) .

واستخدم الباحث العديد من الأدوات النفسية منها: استمارة لجمع البيانات العامة، استبيان معاناة الفرد، قائمة الاضطرابات النفسية الجسمية، مقياس مركز التحكم، مقياس القلق.

وتوصل الباحث إلى العديد من النتائج منها:

– وجود فروق ذات دلالة في الاضطرابات النفس جسمية في الفترات الثلاث قبل وأثناء وبعد الغزو للعينة الكلية (بصفة عامة) .

- وجود زيادة في ظهور هذه الاضطرابات أثناء الغزو وعنها قبل الغزو العراقي.

- وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في المعاناة من العدوان العراقي لصالح الذكور.

- وجود علاقة ارتباطية بين مقياس القلق والاضطرابات النفسية الجسمية للفترات الثلاث (قبل وأثناء وبعد الغزو العراقي للكويت).

خضر عباس، ١٩٩٣، ص ص ١٩٨ - ٢٢٣

١١- دراسة يوسف عبد الفتاح عن: الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي لدى الجنسين في الإمارات:

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية، والاتجاه نحو المرض النفسي.

ولدراسة هذه العلاقة اختيرت عينة عشوائية من جامعة الإمارات قوامها (١١٢) فردًا من الجنسين، طبق عليهم مقياس للأعراض الانفعالية والسيكوسوماتية، ومقياس الاتجاه نحو المرض النفسي (من إعداد الباحث)، وتوصل الباحث إلى العديد من النتائج ومنها:

- وجود علاقة ارتباطية بين بؤر مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وبعض المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية لاسيما ما يتعلق منها بالمخاوف، الخوف على الصحة، الحساسية والاضطرابات السيكوسوماتية العامة لدى الإناث.

- وجود معاملات ارتباط دالة إحصائيًا بين بعض بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي والميول الاكتئابية، اضطرابات التنفس والدورة الدموية والاضطرابات الحشوية والميول السيكوياتية لدى الذكور.

- وجود فروق بين الجنسين على جميع المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية.

- وجود فروق بين الجنسين على بعض بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي. (يوسف عبد الفتاح، ١٩٩٤، ص ص ١٧٠-٢١١)

١٢- دراسة مجدي زينة عن، مقارنة مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة (١٩٩٤):

حيث هدفت الدراسة إلى إجراء مقارنات بين المشكلات النفسية التي يعاني منها الطلاب المراهقين في التعليم الديني والأعراض السيكوسوماتية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب من طلاب المدارس والمعاهد الدينية الأزهرية، والمدارس الحكومية، واستخدام الباحث العديد من الأدوات منها: قائمة موني للمشكلات النفسية، اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية، قائمة كورنل القديمة، اختبار المحافظة والتحرر (إعداد الباحث).

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى عينات الدراسة.

- كشف التحليل العاملي عن وجود مكونات عاملية عامة ومشتركة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية وأبعاد المحافظة والتحرر.

- وجود فروق دالة بين مجموعتي التعليم الديني والعام في المشكلات إلى جانب مجموعة التعليم الديني؛ مما يعني أنهم أكثر معاناة من مجموعة التعليم العام. (مجدي زينة، ١٩٩٤)

١٣- دراسة نجية إسحاق، ورأفت عبد الفتاح ١٩٩٥:

العوامل النفسية في أمراض السرطان، دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان.

هدف الدراسة: محاولة التعرف على أحداث الحياة المرتبطة بمرض السرطان.

عينة الدراسة: تكونت الدراسة من ٣٠ حالة من مرضى السرطان، ١٥ من الذكور، ١٥ من الإناث، و٣٠ حالة من الأسوياء، ١٥ حالة من الذكور، ١٥ حالة من الإناث.

أدوات الدراسة:

١- استبيان ضغوط أحداث الحياة، إعداد كونستناسن - تعريب حسن عبدالمعطي.

٢- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص.

نتائج الدراسة:

١- إن أهم أحداث الحياة المرتبطة بمرض السرطان هي الأحداث المتعلقة بالعمل والدخل والحياة الأسرية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر.

٢- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جانب مجموعة المرض عند مقارنتهم بالأسوياء في أحداث الحياة المتعلقة بالعمل والدراسة والناحية المالية والناحية الصحية، وكذلك المنزل والحياة الأسرية حيث كان المرض أكثر تأثيرًا بتلك الأحداث.

٣- فيما يتعلق بالفروق بين مرض السرطان بين الجنسين في تأثرهم بأحداث كان الذكور أكثر تأثرًا فيما يتعلق بالعمل والدراسة والنواحي المالية.

١٤- دراسة آدم العتيبي عن: علاقة الضغوط الوظيفية بالاضطرابات السيكوسوماتية والغياب الوظيفي لدى العاملين في القطاع الحكومي في الكويت (١٩٩٧):

حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة الضغوط والاضطرابات السيكوسوماتية، ولذا تكونت عينة الدراسة من (٦٥٨) موظفًا بواقع (٤٦٢) من الكويتيين، و (١٩٦) من الوافدين العرب، واستخدم الباحث العديد من الأدوات النفسية مثل: مقياس الغياب الوظيفي، مقياس ضغوط العمل، مقياس الاضطراب السيكوسوماتية.

وقد توصل الباحث إلى العديد من النتائج منها:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين ضغوط العمل والاضطرابات السيكوسوماتية .

- وجود علاقة ارتباطية بين الغياب من العمل (لسبب مرض أو أكثر) وبين الاضطرابات السيكوسوماتية. (آدم العتيبي، ١٩٩٧، ص ص ١٩٧ - ١٩٨).

١٥- دراسة محمد صديق عن: الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين في شركات توظيف الأموال (١٩٩٩):

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات السيكوسوماتية

لدى عينة من (ضحايا) شركات توظيف الأموال، ولذا فقد تكونت عينة الدراسة من (١٠٥) فردًا، منهم (٧٥) من المودعين في شركات توظيف الأموال، ٧٥ من غير المودعين، وجميع أفراد العينة من الذكور من سكان القاهرة، واستخدم الباحث الأدوات الآتية: قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات السيكوسوماتية، اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي، نموذج المقابلة، وقد توصل الباحث إلى العديد من النتائج منها:

- وجود فروق دالة بين مجموعتي المودعين وغير المودعين لصالح المودعين في متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية.

- وجود فروق دالة بين مجموعتي المودعين وغير المودعين في بعض متغيرات الشخصية (وهن العزيمة، معامل التوتر، الانزواء، العصابية) وأن الفروق إلى جانب المودعين مما يشير إلى أنهم أكثر معاناة وافتقادًا إلى الصحة النفسية.

- أظهر التحليل العاملي وجود عوامل مستقلة للاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية لدى مجموعتي المودعين والعينة الكلية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المودعين وغير المودعين في أبعاد المقابلة، وخاصة وجود العديد من الأبعاد التي تشير إلى تشوه صورتي الذات لدى عينة المودعين مقارنة بغير المودعين. (محمد صديق، ١٩٩٩).

١٦- دراسة أمال عبد الحليم ١٩٩٩:

علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على أحداث الحياة الشائعة ووجهة الضبط المرتبطة بمرض ارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية.

عينة الدراسة:

١- المجموعة الأولى: عينة مرضى ضغط الدم المرتفع وتتكون من ٣٠ حالة: ١٨ من الذكور، ١١ من الإناث.

٢- المجموعة الثانية: عينة مرضى القرحة المعدية، وتتكون من ٣٠ حالة: ١٩ من الذكور، ١١ من الإناث.

٣- المجموعة الثالثة: عينة الأسوياء وتتكون من ٣٠ حالة: ١٦ من الذكور، ١٤ من الإناث .

- تتراوح أعمارهم ما بين ٢٥ -٦٠ عامًا .

أدوات الدراسة:

١- استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للراشدين: إعداد عباس محمود وإبراهيم المغربي ١٩٩٣ .

٢- قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية: تعريب محمود أبو النيل.

٣- استبيان ضغوط أحداث الحياة: تعريب حسن عبد المعطي .

٤- مقياس مركز التحكم للراشدين: إعداد واقتباس علي الديب ١٩٨٥ .

٥- اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي: تعريب وإعداد محمود أبو النيل ١٩٩٦م.

نتائج الدراسة:

١- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الأعراض السيكوسوماتية وأحداث الحياة لدى مجموعة ضغط الدم المرتفع ومجموعة القرحة المعدية.

٢- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجهة الضبط والأعراض السيكوسوماتية لدى مجموعة مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية.

٣- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأعراض السيكوسوماتية والشخصية لدى مجموعة الدراسة.

٤- وجود فروق لها دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة لمرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية والأسوياء على المقاييس الفرعية لاختبار الإسقاط الجمعي. (أمال عبد الحليم، ١٩٩٩).

١٧- دراسة مجدي محمد محمود زينة ٢٠٠٠:

علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف عما إذا كان هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات أحداث الحياة لدى عينة من المتضررين من حرب الخليج الثانية.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من ١٢٠ فردًا مقسمين على مجموعتين.

الأولى: ٦٠ فردًا من غير المتضررين الذين لم يسافروا إلى العراق أو الكويت، ولم يتعرضوا لمثل أحداث التضرر التي تعرض لها عينة المتضررين. ويتراوح المدى العمري ما بين ٣٠-٥٢ عام.

- وكان جميع أفراد العينة من الذكور ومن الأفراد الذين كانوا يترددون على وزارة القوى العاملة بالقاهرة للسؤال عن مصير مستحقاتهم التي أبلغوا عنها منذ سنوات، ولم يتم الصرف لهم.

أدوات الدراسة:

١- قائمة كورنل الجديدة للأعراض السيكوسوماتية والانفعالية، تأليف برودمان وآخرون، تعريب محمود أبو النيل عام ١٩٩٥م.

٢- اختبارات أحداث الحياة، إعداد الباحث.

٣- نموذج المقابلة إعداد محمود أبو النيل.

٤- استمارة البيانات الأولية، إعداد الباحث.

- وقد تم التأكد من كفاءة الأدوات سيكومتريًا (بحساب الثبات والصدق) مما يشير إلى صلاحيتها للاستخدام، ولقد استغرق التطبيق العملي للدراسة الفترة ما بين (أكتوبر ١٩٩٧) إلى (يناير ١٩٩٩).

- نتائج الدراسة:

١- وجود علاقات ارتباطية موجبة دالة بين متغيرات الاضطرابات

السيكوسوماتية وبعض متغيرات أحداث الحياة المتعلقة بالعمل، الناحية المالية، والصحية والأسرية، والدرجة الكلية لأحداث الحياة، لدى عينة المتضررين من حرب الخليج الثانية.

٢- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين عدد قليل من متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض متغيرات أحداث الحياة لدى عينة المتضررين.

٣- وجود فروق دالة بين مجموعتي المتضررين وغير المتضررين على متغيرات العوامل السيكوسوماتية والانفعالية التالية: السمع والإبصار، التنفس، القلب والأوعية الدموية، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي والتناسلي، الأمراض المتنوعة، التوتر، الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية، وكان اتجاه الفروق لصالح مجموعة المتضررين من حرب الخليج .

٤- وجود فروق دالة بين مجموعتي المتضررين من حرب الخليج، مجموعة الذين كانوا بالعراق ومجموعة الذين كانوا بالكويت على متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية، وكان اتجاه الفروق لصالح المتضررين الذين كانوا بالكويت، كما تبين عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي المتضررين الذين كانوا بالعراق والذين كانوا بالكويت في متغيرات أحداث الحياة المختلفة.

٥- وجود فروق دالة بين مجموعتي المتضررين من حرب الخليج وغير المتضررين في الأبعاد التي تقيسها المقابلة.

وقد تم الوقوف على دلالات ومعاني هذه النتائج في ضوء البحوث والدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة.

١٨- دراسة عايدة شكري حسن ٢٠٠١م:

ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات «دراسة مقارنة».

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى التحقق من وجود فروق بين

المريضات السيكوسوماتيات وبين السويات، وبين الفئتين السيكوسوماتيتين «ارتفاع ضغط الدم الأولي والقولون العصبي» من ناحية أخرى.

عينة الدراسة: شملت عينة البحث (٩٠) سيدة عاملة متزوجة مقسمات إلى مجموعتين:

الأولى: مجموعة المريضات السيكوسوماتيات وعددهن (٦٠) حالة، وهي مقسمة إلى فئتين:

أ- مريضات ارتفاع ضغط الدم الأولي، وعددهن (٣٠) حالة.

ب- مريضات القولون العصبي وعددهن (٣٠) حالة.

الثانية: عينة السويات وبلغ عددهن (٣٠) سيدة عاملة سليمة من أي مرض سيكوسوماتي أو اضطراب نفسي أو عقلي.

- وقد راعت الباحثة التجانس قدر المستطاع بين مجموعتي الدراسة (السيكوسوماتيات - السويات) في متغيرات السن، الدخل الشهري، عدد الأبناء، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة.

أدوات الدراسة:

١- قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية. تعريب وإعداد محمود أبو النيل ١٩٩٥م.

٢- استبيان التوافق الزواجي . تأليف مورس مانسون، وأرثر ليرنر. إعداد عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٩م.

٣- استخبار أيزنك للشخصية. تأليف أيزنك وأيزنك ، ١٩٧٥م. إعداد مصطفى سويف.

٤- مقياس ضغوط الحياة. إعداد الباحثة.

- نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن:

١- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السويات وبين المريضات

السيكوسوماتيات في أبعاد ضغوط الحياة، فيما عدا بعض ضغوط العلاقة بالزواج عند مستوى (٠,٠٥) لصالح السيكوسوماتيات .

٢- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات بارتفاع ضغط الدم الأولي والمريضات بالقولون العصبي في أبعاد ضغوط الحياة.

٣- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء السويات وبين المريضات السيكوسوماتيات في أبعاد التوافق الزواجي.

٤- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات بارتفاع ضغط الدم الأولي وبين المريضات بالقولون العصبي في متغيرات التوافق الزواجي.

٥- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المريضات السيكوسوماتيات وبين الأصحاء في خصائص الشخصية.

١٩- دراسة إيناس عبد الفتاح/ محمد نجيب عن: ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة - دراسة كشفية.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مستويات الضغوط الحياتية لدى طلاب الجامعة وكل من: الأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٩٧) من طلاب الجامعة منهم (١٠٥) من الذكور، و(١٩٢) من الإناث، تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٢١ عامًا، وتم استخدام العديد من الأدوات النفسية منها: استبيان ضغوط الحياة، قائمة كورنل الجديدة للعصابية والسيكوسوماتية، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين ضغوط الحياة لدى الطلاب والأعراض السيكوسوماتية.

- كشفت نتائج المقارنات عن وجود فروق دالة (حيث تم تصنيف عينة الدراسة وفقًا لمستويات الضغوط: منخفض، متوسط، مرتفع) سواء في الأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية.

(إيناس عبد الفتاح/ محمد نجيب، ٢٠٠٢، ص ص ٤١٧-٤٥٨)

٢٠- دراسة هبة أبو النيل/ أيمن عامر عن: الإبداع كاستعداد، وعلاقته بالمشقة والاضطرابات النفسجسمية.

حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التعرض لأحداث الحياة الشاقة والمعاناة من الاضطرابات النفسية الجسمية من ناحية وجانبين من جوانب متغيرات الإبداع (القدرات الإبداعية، والأسلوب الإبداعي)، واستخدمت بطارية مكونة من ثمانية مقاييس شملت : قائمة كورنل للاضطرابات النفسية الجسمية، ومقياس الأسلوب الإبداعي، ومقياس أحداث الحياة الشاقة، إضافة إلى خمسة مقاييس للقدرات الإبداعية، تم انتقاؤها من بطاريتي جيلفورد، وتورانس للقدرات الإبداعية، وطبقت على عينة مكونة من (٢٦٩) فردًا بجامعتي القاهرة وبني سويف، بينهم (٢٠٠) من الطالبات الإناث، (٦٩) من الطلاب الذكور.

وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- غياب الارتباط بين الاضطرابات النفسية الجسمية والقدرات الإبداعية.

- وجود ارتباط دال إحصائيًا بين المعاناة من هذه الاضطرابات والأسلوب الإبداعي.

- ارتبط التعرض لأحداث الحياة الشاقة بكل من القدرات الإبداعية والأسلوب الإبداعي. (هبة أبو النيل/ أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص ص ٢٦٣-٣١٧)



المراجع

١- آدم العتيبي (١٩٩٧): **علاقة ضغوط العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية، الغياب الوظيفي لدى العاملين في القطاع الحكومي بالكويت**، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، المجلد ٢٥، العدد الثاني، ص ص ١٧٧-٢٠١ .

٢- أمال عبد الحميد الشناوي (١٩٩٩): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط**، دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٣- إيناس عبد الفتاح/ محمد محمود نجيب (٢٠٠٢): **ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة**: دراسة استشكافية، مجلة: دراسات نفسة، المجلد ٢١٢، العدد الثالث (يوليو)، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص ٤١٧ - ٤٥٨ .

٤- بدرية كمال أحمد (١٩٩٢): **رؤية سيكولوجية لمرضى الشرايين التاجية**، بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية (٦-٧ يونية)، ص ص ٥٠-٧٧ .

٥- حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٨٤): **العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض السيكوسوماتية لدى المراهقين**، دكتوراه غير منشورة، تربية الزقازيق.

٦- حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٨٩): **الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين**، مجلة علم النفس، العدد التاسع (يناير)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ٢٩-٤٣ .

٧- خضر بارون عباس (١٩٩٣): **الاضطرابات النفسجسمية الناجمة عن**

العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين، الكويت، مجلة عالم الفكر، مجلد ٢٢، العدد الأول، ص ص١٩٨ - ٢٢٢ .

٨- عايدة شكري حسن (٢٠٠١): **ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات**- دراسة مقارنة، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٩- غادة سليمان العتيبي (١٩٨٨): **دراسة في علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسي لدى المراهقين**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

١٠- كاميليا عبد الفتاح وآخرون (١٩٨١): **العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى الريو الشعبي في: أحمد عبد الخالق (محرر) بحوث في السلوك والشخصية**، المجلد الأول، القاهرة، دار المعارف، ص ص ٧٧-٩٨ .

١١- لطفي فطيم (١٩٧٩): **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.

١٢- محمد أحمد صديق (١٩٩٩): **الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين في شركات توظيف الأعمال**، ماجستير غير منشورة، آداب المنيا.

١٣- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٢): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

١٤- محمود أبو النيل (١٩٨٤): **الأمراض السيكوسوماتية** - دراسات عربية وعالمية، القاهرة، مكتبة الخانجي .

١٥- مجدي زينة (٢٠٠٠): **دراسة في علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

١٦- منى أبو طيرة (١٩٨٩): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة،** دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

١٧- نجية إسحاق، رأفت عبد الفتاح (١٩٩٥): **«العوامل النفسية في أمراض السرطان - دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان»**، مجلة علم النفس، العدد (٣٣)، عدد يناير، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ١٤٠ - ١٥٨ .

١٨- هبة أبو النيل، أيمن عامر (٢٠٠٦): **الإبداع كاستعداد وعلاقته بالمشقة والاضطرابات النفسجسمية**، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد الخامس، العدد الثاني (إبريل)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ص ص ٢٦٣-٣١٧ .

١٩- يوسف عبد الفتاح محمد (١٩٩٤): **الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي لدى الجنسين في الإمارات،** الكويت، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد ٤٨، السنة ١٢، ص ص ١٧٠-٢٠٩ .





دراسة ميدانية للباحث



دراسة بعنوان:

الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى

(دراسة نفسية - مقارنة)

الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى

مقدمـة:

يعد مـرض السكر من الأمـراض المزمنة واسعـة الانتشار، إضـافـة إلى وجـود العـديد من الشـواهد والعـلامـات على تـزايد حـالات الإصـابة به فى جميع دول العالم، حيث يقدر العلماء أن يصل عدد مرضى السكر من النوع الثانى إلى (٢٤٠) مليـون شـخص بحلول عـام ٢٠١٠ مما يدل علـى أن المرض يأخذ مسارا وبائيا (عصام الدين جلال، ٢٠٠١، ص٥).

وتكمن خطورة مـرض السكر من أنـه من الأمـراض التى تهـدد صـحـة الإنسـان، فـقـد تصـدر هـذا المرض مع أمـراض القلب والشـرايين قـائمـة الأمراض الوبائيـة التى تعرض حيـاة الإنسان إلى المخـاطر والوفاة، لذا فإن ضحاياه يوجدون في جميع بقاع الأرض وبين مختلف الأعمار (حسن فكري، ٢٠٠٠، ص٣).

والمشكلة أن هذا المرض قد تسلل أعراضه خلسة مما قد يؤخر اكتشاف المرض ويفوت من فرص الوقاية منه، ولذا يقدر عـدد المرضى غيـر المدركين بإصابتهم بحوالى ٣٠٪ فى الدول المتقدمة، وقد تزيد هذه النسبة عن ٥٠٪ فى مصر حسب مشاهداتنا ومتابعتنا (عصام الدين جلال، ٢٠٠٠، ص٥).

ولذا تتبـاين الإحصـاءات الخـاصـة بضـحـايا هذا المرض، إذا إن عـدد مرضى السكر في الولايات المتحدة الأمريكية -كمثال- لم يك يتعدى ٢٩,٠٪ في عام ١٩٩٠، ثم ارتفع إلى ٦,٥٪ في عام ١٩٩٩، ثم قفز إلى ٨,٧٪ في عام ٢٠٠٢، ثم قـفـز الرقم إلى ١١,١٠٪ عـام ٢٠٠٤، منهم ٩٠٪ مـصـابون بمرض السكر من النوع الثانى، ويتوقع أن ترتفع النسبة إلى أكثر من ٢٠٪ عام ٢٠١٠، ناهيك عن أنه تجرى (٨٢٠٠٠) عملية بتر للأصابع والأقدام والأرجل سنويًا

بسبب مرض السكر، وأن ٦٠٪ من الأمريكيين معرضون للدخول فى وبائيات الإصابة بالسكر من النوع الثانى نتيجة اكتسابهم وزنا ثقيلا بسبب الوجبات السريعة المفرطة في الدهون (American Aiabetes Association).

ولذا تعقد المؤتمرات، وتقدم العديد من الأبحاث في محاولة للحد من انتشار مرض السكر - خاصة النوع الثانى - ومع توقع العلماء زيادة في ارتفاع عدد المصابين بهذا المرض في العالم من ٢٠٠ مليون في الوقت الراهن (٢٠٠٥) إلى ٣٣٣ مليون عام ٢٠٢٥، وحيث يصيب النوع الأول ١٠٪ فقط من المرضى، كما يعد السكر رابع سبب للوفاة، حيث يرتبط بحوالى ٣٠٪ من الوفيات في العالم (Caldwell & Baxter, 1998, pp. 1225-1229).

وفي مصر لا توجد إحصائيات دقيقة لتحديد ومعرفة عدد مرضى السكر، ولكن من المتفق عليه أن نسبة المرضى مرتفعة في المدن وتقارب مثيلاتها في أوربا والولايات المتحدة الأمريكية (محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣، ص٢٩).

ولذا فقد قدر البعض بأن مرضى السكر في مصر - خاصة النوع الثانى - أكثر من مليونى شخص (عصام الدين جلال، ٢٠٠١، ص١٢) في حين قدره عميد المعهد القومى للسكر في مصر (حاليا) بأكثر من خمسة ملايين من النوع الثانى (وفاء فتحى، ٢٠٠٤، ص ص ٢٦-٢٠).

ويؤدى كل ما سبق إلى ارتفاع معدلات الوفاة وانخفاض القدرة الوظيفية، إضافة إلى أن الإصابة بمرض السكر كمرض جسمي - نفسى تصاحبه العديد من الأعراض النفسية كالقلق والرفض والاكتئاب والخوف والأعراض النفسية (Morley, 2000).

ورغم كل ما سبق فإن الدراسات (خاصة العربية) التى تناولت مثل هذه الفئة بالدراسة والبحث ما زالت جد قليلة، ولذا فإن هذه الدراسة تسعى إلى الإسهام في سد عدة فجوات مثل دراسة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والكثير من المتغيرات الشخصية للأشخاص المصابين بمرض السكر من النوع الثانى وذلك من خلال:

١- التعرف على طبيعة ونوعية الاضطرابات السيكوسوماتية التى يعانى منها مرضى السكر من النوع الثانى مقارنة بغير المرضى.

٢- التعرف على طبيعة ونوعية الضغوط التى يتعرض - أو تعرض لها - هؤلاء المرضى المصابين بالسكر من النوع الثانى مقارنة بغير المرضى.

٣- التعرف على بعض الجوانب الشخصية للمرضى المصابين بالسكر من النوع الثانى مثل العدوان / العداء، الاعتمادية، التقدير السلبى للذات، نقص الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، عدم الثبات الانفعالي، النظرة السلبية للحياة مقارنة بغير المرضى.

٤- التعرف على جوانب الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى مقارنة بغير المرضى.

مشكلة الدراسة:

بالرغم من أن الإصابة بمرض السكر قديمة قدم الوجود الإنسانى نفسه إلا أنه قد اخذ في الوقت الراهن شكلاً وبائيًا، كما أن السكر من النوع الثانى (غير المعتمد على الأنسولين) يعد أكثر أنواع السكر شيوعا وانتشارا وتتراوح نسبته من ٩٠-٩٥٪ من المرضى وهو أكثر شيوعا بعد سن ٤٥ سنة، كما يتوقع زيادة انتشاره مع التقدم في السن، كما تصل نسبة الإصابة به إلى أكثر من ١٨٪ فى المرضى الذين تخطوا سن ٦٥ سنة، وتزداد نسبة الإصابة به عالميا مع طول العمر المتوقع، ومع ازدياد السمنة، وقلة الحركة، وتغير نمط الحياة.

وما زالت الدراسات والأبحاث تجرى في محاولة للكشف عن العديد من جوانب هذا المرض حيث سنقتصر في دراستنا على الإجابة عن بعض الأسئلة التى تناول بعض الجوانب لدى مرضى السكر من النوع الثانى والتى سبق ذكرها مثل:

١- ما هى نوعية وطبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية التى يعانى منها مرضى السكر من النوع الثانى.

٢- ما هى نوعية الضغوط التى تعرض - أو يتعرض لها - مرضى السكر من النوع الثانى.

٣- جوانب وخصائص الشخصية المختلفة الأكثر تأثرًا بالاضطرابات السيكوسوماتية التى يعانى منها مرضى السكر من النوع الثانى مثل: العدوان/ العداء، الاعتمادية، التقدير السلبى للذات، نقص الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، عدم الثبات الانفعالي، النظرة للحياة.

٤- ما هى طبيعة جوانب الصلابة النفسية (مثل الإرادة والتحدى وغيرها) لدى مرضى السكر من النوع الثانى وهل تتأثر هذه الجوانب بالمرض؟.

أهداف الدراسة:

يمكن تحديد أهداف الدراسة في المحاور الآتية:

١- دراسة مرضى السكر من النوع الثانى من الذكور والإناث ومقارنتهم بعينة أخرى من الذكور والإناث غير المصابين بالسكر في المتغيرات الآتية:-

أ- الاضطرابات النفسجسمية.

ب- الضغوط النفسية.

جـ- متغيرات الشخصية.

د- الصلابة النفسية.

٢- التعرف على العوامل المشتركة (من خلال التحليل العاملى) لمتغيرات الدراسة السابقة (الاضطرابات النفسجسمية، الضغوط النفسية، متغيرات الشخصية، الصلابة النفسية) والتى تميز الفئة المريضة بالسكر من الذكور والإناث في مقابل فئة الأصحاء (أى غير المرضى) من الذكور والإناث.

٣- إمكانية تصميم برامج وقائية وإرشادية وعلاجية وفقا لما تسفر عنه نتائج الدراسة خاصة فيما يتعلق بالجوانب الآتية:

أ- كيف نرشد من الحالة الانفعالية الحادة والسيئة التى تؤثر سلبا على مختلف أعضاء الجسم.

ب- كيف نرشد الأفراد إلى مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها بصورة صحية - سوية.

ج- كيف نقوى العديد من جوانب الشخصية السلبية مثل: عدم الثبات الانفعالى، النظرة السلبية للحياة، العدوان، الاعتمادية، عدم الكفاية... إلخ.

د- كيف نقوى جوانب الصلابة النفسية للفرد حتى يكون قادرا على التعامل مع أحداث وكوارث الحياة.

أهمية الدراسة:

وتتلخص في:

١- إن الدراسة تتناول فئة المرضى المصابون بالسكر من النوع الثانى وهم شريحة كبيرة مقارنة بالمصابون بالسكر من النوع الأول (٩٠٪ مقابل ١٠٪).

٢- إنها تحاول سد الفراغ المعلوماتى عن هذه الفئة المصابة بهذا المرض وذلك ناتج عن قلة الدراسات والأبحاث (خاصة العربية) في هذا المجال.

٣- تتناول الدراسة طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية الأكثر انتشارا لدى هذه الفئة المصابة بالسكر من النوع الثانى.

٤- تقف على طبيعة الضغوط النفسية المختلفة التى يتعرض لها مثل هولاء الأفراد لأن المشكلة ليست في الضغوط بل فى كيفية إدراك الفرد لهذه الضغوط.

٥- التعرف إلى العديد من جوانب وخصائص الشخصية المختلفة لدى مرضى السكر من النوع الثانى مثل: العدوان / العداء، الاعتمادية، التقدير السلبى للذات، نقص الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، عدم الثبات الانفعالي، النظرة للحياة.

٦- التعرف إلى جوانب الصلابة النفسية لدى الشريحة المصابة بمرض السكر من النوع الثاني.

٧- إمكانية الاستفادة من الدراسة في تصميم برامج وقائية للحد من الإصابة بمرض السكر من النوع الثاني من خلال نظرية (تنظيم أسلوب الحياة) من حيث الاهتمام بممارسة الرياضة، والإقبال على الغذاء الصحي، وترشيد الانفعالات، وهو ما يعرف ببرنامج منع حدوث السكر.

الإطار النظري:

سوف يسير الإطار النظري وفقا للمحورين الآتيين:

المحور الأول: مرض السكر:

تعريفه وتاريخه وأنماطه وأسباب زيادة معدل انتشاره وأسبابه وتشخيصه وكيفية قياسه ومضاعفاته وعلاجه.

المحور الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض جوانب الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثاني تحديدا:

أ- الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى السكر من النوع الثاني.

ب- الضغوط النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى.

ج- بعض جوانب الشخصية المميزة لمرضى السكر من النوع الثاني.

د- الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثاني.

أولاً: المحور الأول:

تعريف مرض السكر: Diabetes Mellitus: تعرف منظمة الصحة العالمية مرض السكر بأنه حالة مزمنة تؤدى إلى زيادة مستوى السكر في الدم وينتج عن عوامل بيئية ووراثية كثيرة غالبا ما تتضافر معا، وقد يظهر في أي مرحلة من مراحل العمر ويتميز بعدم قدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين، أو عدم قدرة الجسم على الاستفادة من هذا الهرمون، ويؤدى ذلك إلى خلل في التمثيل الغذائى والنتيجة الظاهرية لذلك هى الارتفاع المستمر لنسبة السكر في الدم مع ما يترتب على ذلك من عديد من الأضرار (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ٣٥، جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص٣٩، أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص ص ٦١-٦٣).

ويعتبر البعض أن مرض السكر ليس مرضا وإنما هو اضطراب لعملية الأيض (التمثيل الغذائي) يمنع من استهلاك الأنسجة للسكر (الجلوكوز) الموجود بالدم استهلاكا كافيا وذلك لنقص هرمون الأنسولين أو ضعف فاعليته، لذا فإن كل المضاعفات إنما تترتب على وجود هذا الخلل (أيمن الحسينى، ١٩٩٤، ص ٦؛ مغازى على محجوب، ١٩٨٩، ص ص ٤٦-٤٨).

تاريخ مرض السكر:

جاء ذكر السكر كمرض منذ (١٥٠٠) سنة قبل الميلاد في مصر الفرعونية، حيث ربط المصريون القدماء بين الإصابة بالسكر ووجود مادة سكرية في البول بل وربطوا بين حدوث ذلك وبين السمنة وزيادة الوزن (Bar-glow et al., 1984, 127).

كما عرفه الصينيون والهنود وذلك من خلال الوصف الذى قدمه لهذا المرض الطبيب الهندى سشرونا (Sechrona) بعد ذلك بقرن من الزمن (جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص٣٧).

وقبل ميلاد المسيح بقليل كان أول وصف مسهب للمرض من (ارتيباس وسليساس) الرومانيين، وأعطى التسمية الحديثة في اللغة اللاتينية (ديابيتيس) أى الماء الجارى و (ميلتس) أي العسل.

وقد عرف هذ المرض عند العرب من خلال كتابات ابن سينا (٩٦٠-١٠٣٧) ومن قبله (الرازي) (٨٦٠-٩٣٢) حيث قدما وصف دقيقا لهذا المرض بل وتحدث - ابن سينا - كمثال - عن علاقة السكر بحدوث الغرغرينا (عبد الرحمن نور الدين، ١٩٨٢، ص٢٥).

ولعل أول من درس السكر كمرض العالم الإنجليزي (ولس) Willis سنة ١١٧٤ بجامعة اكسفورد واعتمد على فحوصات البول والدم، وقد تمكن لانجر هانز عام ١٨٦٩ من اكتشاف الخلايا المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهى خلايا بيتا Beta من جزر لانجر هانز والتى سميت باسمه (Magi, 1986).

ثم توالت جهود العلماء فى محاولة للكشف عن مرض السكر حتى استطاع سانجر Sanger عام ١٩٥٦ ان يكتشف التركيبة الكيميائية للأنسولين وبمقتضى هذا الاكتشاف نال عليه جائزة نوبل في العلوم (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص ص ١١-١٦).

أنماط مرض السكر:

يصنف مرض السكر إلى أربع مجموعات رئيسية هى:

١- مرض السكر من النوع الأول Type I :

ويسمى مرض السكر المعتمد على الأنسولين Insulindependent Diabetes Mellitus (IDDM) لأن الأشخاص الذين ينتمون إلى هذا المرض لا ينتج البنكرياس لديهم أنسولين، وبالتالى فهم يحتاجون إلى الحقن بالأنسولين باستمرار ليحافظوا على حياتهم (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص٣٨). ويتصف مرضاه بالعديد من المسات مثل: النحافة، نقص تام في مادة الأنسولين، عدم استجابته للعلاج بالأقراص ويعالج بالأنسولين (أيمن الحسينى، ١٩٩٩، ص٦).

ويعد هذا النوع نادرا نسبيا حيث لا يصيب في الغالب إلا ما يقدر بـ (١٠٪) فقط من كل حالات السكر، كما تظهر أعراض هذا المرض بصورة حادة ومفاجئة (جيهان محمد رشاد، ٢٠٠١، ص١٥).

٢- مرض السكر من النوع الثانى Type II:

ويسمى هذا النوع بمرض السكر غير المعتمد على الأنسولين Non Insulindependent Diabetes Mellitus وفى هذا النمط نجد أن البنكرياس ما زال يعمل ويفرز هرمون الأنسولين بكميات قليلة لا تكفى لاستهلاك كل الجلوكوز بالدم. ولذا فإن هذا النوع من المرض لا تظهر أعراضه إلا بالتدريج وعلى مدى سنوات وقد يكتشف بالصدفة عند إجراء تحليل دورى أو لسبب عرضى آخر (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص٧٧).

وهذا المرض لا يظهر عادة إلا بعد سن الأربعين، ولذا يطلق عليه أيضا

اسم: سكر الكبار Maturity onestdiabets، كما يعد من أكثر الأنماط شيوعا حيث يصيب حوالى ٩٠٪ من الأشخاص، كما وجد من الإحصائيات أن نسبة أربعة من كل خمسة من المصابين بهذا النوع يكونون زائدى الوزن، بل إن زيادة الوزن - حتى قبل الإصابة به - قد تكون عاملا منبئا باحتمال الإصابة بمرض السكر من النوع الثانى (أيمن فاروق عبد العزيز، ٢٠٠٠؛ محمود سامي، ١٩٩٧).

ويتميز هذا النوع من المرض بالآتى: السمنة، يقل إفراز الأنسولين، يستجيب هذا النوع للعلاج بالأقراص، عندما يعالج بالأنسولين يسهل السيطرة على كمية السكر في الدم ولا تظهر أي تقلبات (أيمن الحسينى، ١٩٩٩، ص٧).

ولذا فقد أوصت الرابطة الأمريكية لمرضى السكر American Diabetes Association (ADA) بأن المواظبة على اتباع نظام غذائى وممارسة النشاط الرياضى تعد مدخلا أساسيا لضبط مستوى جلوكوز الدم مع مثل هؤلاء المرضى (محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣، ص ٣٥).

إلا أن عدم مراعاة العلاج مع النظام الغذائى قد يعجل بتحول مرضى هذا النوع من العلاج بالأقراص إلى العلاج بالأنسولين (Irwin & Simon, 1994, P.379).

ولعل أهم أعراض مرض السكر من النوع الثانى هى:

١- الإحساس بالتعب ونقص الطاقة والخمول والإجهاد.

٢- إحساس متزايد بالعطش مع جفاف الحلق وكثرة التبول.

٣- زيادة الشهية للطعام.

٤- فقدان الوزن.

٥- عدم وضوح الرؤية.

٦- الشعور بتنميل الأصابع والقدمين.

٧- تأخر التئام الجروح.

(أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص٢١٣؛ أيمن الحسيني، ١٩٩٩، ١٦-٢٠، سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص٤١-٤٢).

٣- مرض السكر الثانوي:

حيث يحدث مرض السكر بصفة ثانوية نتيجة لوجود علة مرضية محددة سابقة ومحدثة للمرض (محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣، ٤٤).

ومن هذه الأسباب: الخلل الوراثى في وظيفة خلايا بيتا، الخلل الوراثى فى فاعلية هرمون الأنسولين، أمراض البنكرياس، أمراض الغدد الصماء، استخدام بعض العقاقير والمواد الكيميائية (Gavin. Et. Al., 2003.p.7).

٤- مرض السكر المصاحب للحمل:

ويقصد به حدوث مرض السكر أثناء الحمل والذى يختفى بعد الولادة مباشرة، وهو في العادة بدون أعراض ويكتشف فقط أثناء التحاليل المعتادة التى تجرى للحامل (محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٢٣، ص ٨٢-٨٣).

قياس مستوى السكر في الدم:

يتم قياس مستوى السكر في الدم عن طريق أحد الوسائل الآتية:

١- قياس السكر في البول.

٢- قياس الأنسولين في البول.

٣- قياس السكر في الدم.

(Mcgraddy & Baily, 1995, et al., pp.47-489, Gavin 2003 p.108).

أسباب مرض السكر:

في عجالة سوف نقصر حديثنا عن أسباب مرض السكر من النوع الثاني. وهو موضوع هذه الدراسة.

أولاً: عوامل بيولوجية:

أن أى اضطراب في خلايا بيتا بجزر لانجر هانز المفرزة للأنسولين تعد من أهم الأسباب، إضافة إلى عوامل أخرى مثل: السمنة، أو وجود

اضطراب أو تلف عصبي يمس منطقة الهيبوثلموس) أو وجود اضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء قد يؤدى إلى إفراز هرمونات مضادة للأنسولين (مثل زيادة إفرازات هرمون الغدة الدرقية وهرمون الغدة الكظرية، أو زيادة إفراز هرمون النمو في الفص الأمامى للغدة النخامية) ووجود فشل كلوى أو تليف بالكبد وغيرها من عوامل الاختلال التى تحدث في وظائف الخلايا (أيمن الحسينى، ص١٢، ١٩٩٩؛ جبالي نور الدين، ١٩٨٩، ص٤٢؛ أحمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣، ص٤).

ثانيا: عوامل وراثية:

إذ أشارت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث أن عامل الوراثة يلعب دورا هاما في الإصابة بالاضطراب السكرى حيث دلت الإحصاءات أن ٣٥٪ من المصابين بمرض السكر ينحدرون من أبوين إحداهما على الأقل مصاب بالسكر، ثم تتزايد نسبة الإصابة به بين الأبناء في حالة إصابة الوالدين (جبالى نور الدين، ٤٢، ١٩٨٩).

كما أن العلاقة بين السمنة وحدوث السكر قائمة إذ وجد أكثر من ٨٠٪ من مرضى السكر من النوع الثانى أنهم يعانون من السمنة، ومن المعروف إن ٢٥٪ من المصابين بالبدانة مصابون أيضا بمرض السكر (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص٤٥).

كما أن زيادة الدهون بالجسم تقلل من عملية التمثيل الغذائى للجلوكوز لأن الخلايا ستتجه إلى تحويل الدهون - أكثر من الجلوكوز - إلى وقود مما يرفع مستوى السكر بالدم (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص٩٠).

ثالثا: العوامل النفسية:

بالرغم من وجود أدلة على أن العوامل النفسية تسهم في تطور مرض السكر إلا أن هناك فريق من الباحثين يعتقد أن العوامل النفسية تؤثر في عملية المناعة فتجعل الشخص قابل للإصابة بمرض السكر. (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص٤٧).

حيث وجد -كمثال- أن الضغوط تعد من أهم العوامل المسببة لاضطراب السكر حيث توصل بعض الباحثين أن مرض السكر ينتج أو على الأقل يتفاقم بسبب المشقة، وإن المشقة يمكن أن تؤثر بشكل مباشر من خلال عملية الأيض مما يؤدى إلى حدوث تغيرات ملحوظة تؤثر سلبيًا في الاستجابات الهرمونية والذاتية عقب التعرض للمشقة (جيهان محمود رشاد، ٢٠٠٠، ص٤٤).

كما أن العامل النفسى السيئ يتجلى في عدم قدرة المصاب فى الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج بل وقد يطيل من فترة بقاء مريض السكر في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض، والحد من خطورته (رجائى حسين، ١٩٨٧، ٦٣).

وقد أكدت العديد من الأبحاث أن الإصابة بمرض السكر قد تحدث إثر حادث مؤلم أو مفجع كفقد شخص عزيز أو المرور بضائقة مالية أو الفصل من العمل... إلخ. هذه القائمة من الضغوط التى يتعرض لها الفرد ويعجز عن الاستجابة الصحية أو السوية لها فقد لاحظ كانون **Canon** وجود سكر في بول بعض لاعبى كرة القدم عقب مباراة مثيرة، ولدى الطلبة بعد أداء امتحان صعب، ولدى الطيارين والجنود المعرضين للخطر... إلخ (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص٤٨).

تشخيص مرض السكر (النوع الثانى تحديدا):

١- وجود أعراض مرض السكر (تتضمن الأعراض التقليدية لمرض السكر مثل: كثرة التبول، شدة العطش.. إلخ) أو نقصان الوزن غير معلوم السبب.

٢- أن يكون المستوى العشوائى للسكر في البلازما مساوى أو أكثر من ٢٠٠ ملليجراما / عشر لتر، (ونعنى بالمستوى العشوائى للسكر مستوى السكر في أى وقت من اليوم دون الاهتمام بالوقت المنقضى منذ آخر وجبة تناولها المريض).

٣- أو: أن يكون مستوى السكر الصيامى في البلازما مساويًا أو أكثر من ١٢٦ ملليجراما / عشر لتر (ونعنى بمستوى السكر الصيامى مستوى السكر بعد الامتناع عن تناول أى من السعرات الحرارية لمدة ثمان ساعات على الأقل).

٤- أو: يكون مستوى السكر في البلازما بعد ساعتين من تناول سكر الجلوكوز مساوى أو أكثر من ٢٠٠ ملليجراما / عشر لتر (ويجب أن يتم إجراء هذا الاختبار باستخدام كمية من سكر الجلوكوز تعادل ٧٥ جراما من سكر الجلوكوز المذاب فى الماء).

وفى حالة عدم ظهور ارتفاع مستوى السكر في الدم مع الاختلال الأيضى الحاد ظهورا واضحًا لابد من تأكيد تشخيص مرض السكر عن طريق إعادة إجراء الاختبار مرة أخرى وفى يوم مختلف (Javin et.al., 2003.p12).

وطبقا لتوجيهات منظمة الصحة العالمية فإن ارتفاع جلوكوز الدم الوريدى فوق ١٨٠ مجم / ١٠٠ سم٣. في كل الدم أو ٢٠٠ مجم / ١٠٠ سم٣. في البلازما وفى أى وقت أثناء النهار إنما يؤكد ذلك التشخيص بوجود سكر الدم ولذا لابد من الاعتماد على تحليل السكر في البول وتحليله في الدم معا باعتبار أن تحليل البول هو طريقة غير مباشرة للتعرف على معدل السكر وإن تحليل الدم يكون طريقة مباشرة لذلك (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص ص ٦٣-٦٦).

مضاعفات مرض السكر:

لمرض السكر العديد من المضاعفات والتى لا تؤثر فقط على جزء من الجسم بل قد تمتد لتشمل جميع الوظائف الجسمية والنفسية ولذا نجد أن السكر يؤثر على القلب (الذبحة الصدرية)، وقد يؤدى إلى العديد من أمراض الكلى، ومشكلات في العين (قد تؤدى إلى العمى)، ومشكلات في الأطراف السفلية (قد تؤدى إلى بتر ما يسمى بالقدم السكري)، والمخ (ضعف الذاكرة وخاصة للأحداث القريبة، وضعف القدرة على التركيز والفهم، وحدوث نوبات من عدم الاتزان... الخ). ظهور العديد من أمراض اللثة والأسنان،

والإصابة بالعديد من الأمراض العصبية، والأمراض الجلدية، والمفاصل، والجهاز الهضمى والكبد، وغيرها من الأمراض والاضطرابات. (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص ص ٤٩-٥٥؛ خلمى رياض جيد، ١٩٨٥، ص ص ٤٩-١٥٤).

علاج مرض السكر:

يتم علاج مرض السكر عن طريق العديد من الطرق مثل: حقن الأنسولين، الأقراص الخافضة للسكر، تنظيم الغذاء، ممارسة الرياضة، زراعة البنكرياس، زراعة خلايا بيتا، علاج خلل الجينات المسببة لمرض السكر، استخدام الهندسة الوراثية لزراعة الجينات المتحكمة في إفراز الأنسولين (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠، ص ١٤٠؛ أيمن الحسيني، ١٩٩٩، ص ٦٧؛ سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ص ص ٥٦-٦٠).

كما تشير العديد من الأبحاث التى تحاول إيجاد علاج فعال لمرض السكر أى الوصول إلى العديد من الطرق العلاجية الفعالة مستقبلا مثل: تصميم لساعة يد توضع في المعصم لتكون بمثابة بنكرياس صناعى لقياس مستوى السكر في الدم بمجرد ملامسة الساعة ليد المريض دون الحاجة إلى وخذ الجلد للحصول على الدم، إضافة إلى أن الساعة ستقوم بدور البنكرياس الطبيعى والذى يقوم بإفراز الأنسولين الذى يتناسب مع نسبة السكر في الدم.

إضافة إلى إمكانية علاج مرض السكر عن طريق زرع كبسولة تحت الجلد تحتوى على جهاز يفرز الأنسولين، وسيعد هذا الاكتشاف من أهم اكتشافات القرن الحادى والعشرون بعد استكمال الأبحاث عليه، حيث ستعمل هذه الكبسولة على ضبط معدل السكر في الدم عند المعدل الطبيعى (WWW.arab.dibetes.com).

المحور الثانى: الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض جوانب الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى تحديداً:

أ- الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى السكر من النوع الثانى:

الاضطرابات النفسية الجسمية هى عبارة عن اضطراب جسمى يقف

خلفه أي سبب نفسى له درجة محددة من الشدة، ويمكن تمييز ثلاث فئات فرعية من الاضطرابات النفسية الجسمية، إما اضطرابات مرتبطة بشخصية الفرد بوجه عام، أو اضطرابات مرتبطة بأسلوب حياة الفرد، أو اضطرابات تظهر أساسا كاستجابات تجاه ظروف خاصة (Reber, 1995).

ولذا يجمع الكثير من الباحثين على أن الاضطرابات النفسجسمية بوصفها اضطرابات جسمية عضوية مرتبطة بعوامل انفعالية حادة، وهى مرض حقيقى يتضمن تلف بالجسم ولكنه ناشىء عن عوامل انفعالية.

(انظر فى هذا الصدد: Lipowski, 1989, p.154؛ محمود السيد أبو النيل، ١٩٨٤، ص ٣٦؛ مجدى زينة، ١٩٩٤، ص ٤١؛ ٢٠٠٠، ص٢٤١).

ولذا فقد لخصت دائرة المعارف النفسية أهم خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية فيما يلى:

أ- وجود اضطرابات في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم.

ب- وجود اضطرابات انفعالية تقوم بدور جوهرى فى ترسيب وحدوث وتكرار وتفاقم الأمراض وهذا ما يميزها عن الاضطرابات العضوية.

ج- تتسم هذه الاضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

د- كما أنها ترتبط بغيرها من الاضطرابات النفسجسمية الأخرى (من خلال هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص٢٧٢).

ومن هنا فإن مرض السكر من الأمراض التى بها جانب جسمى ونفسى أيضا، ولعل من أشهر الدراسات التى تناولت الجوانب السيكوسوماتية التى تناولت الجوانب السيكوسوماتية لدى مرضى السكر ذلك البحث الذى قدمته أدينبار حيث توصلت إلى أن المصابين بالسكر يعيشون في صراع شبه حاد مع الآباء، وأن هذا الصراع غالبًا ما يمتد مدى الحياة، مع ميلهم إلى العزوبية أو رفض الزواج، وفى حالة الزواج يحرصون على تحديد النسل لأن الزواج يحرصون على تحديد النسل لأن الأزواج في كثير من الحالات يعيشون في حالات من الانفصال، إضافة إلى معاناتهم من صعوبة في اتخاذ

القـرار، مع كراهيـة لتحـمل المسئـوليـة، وصـعوبة فـى الاحتـفـاظ بالعـلاقـات الحـمـيـمـة مـع الأشـخـاص الآخـرين، مع الاهـتـمـام بالـطعـام، والصــراع بين الاتكالية والاعتـمـاد على الآخـرين أو الاسـتقـلال والنضـج النفسى. (Cohen, 1979, pp. 585-593).

كما أن لديهم رغبة نفسية دفينة في العودة إلى حياة الطفولة مع حنين شديد إلى الطعام والتواجد مع الآخرين وفى حضرتهم (جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص ص ٤٤-٤٥) .

وإن الصـعـوبات النفـسـية قد تؤدى إلى العديد من الاضطرابات داخل خـلايا الجـسم مما قـد يقـود إلى إصـابة الفـرد بالعـديد من الأمـراض السيكوسوماتية مثل السكر، الضغط، قرحة المعدة، وغيرها من الاضطرابات (Magin, 1986; Gallatin, 1982).

إضافة إلى أن عدم النضج فى كيفيـة إدارة حياته أو الفشل في التعامل الفعـال مع الآخـرين، والعـجـز عن التعبير عن احتيـاجـاته وأفكاره ومشـاعـره بصـورة سوية مما قد يؤدى إلى الارتداد إلى أشكال سيكوسـومـاتيـة رمـزية كوسيلة متنوعة تستخدم لإخبار الآخـرين بحاجاته وصراعاته النفسية (حسن عبد المعطي، ١٩٨٩، ص٣٢؛ سامى عبد القوى، ١٩٩٥، ص٢٢٥).

ب- الضغوط النفسية ومرضى السكر (من النوع الثانى تحديدا):

أن التـعـرف على نوعـيـة الضـغـوط التـى يتـعـرض لهـا الفـرد وكـيـفـيـة الاستجابة لها كفيل بالوقوف على العديد من السمات التى تميز شـخـصـيـة الفـرد. وقـد أكـدت لجنة خـبـراء الصـحـة العالمية على أن حـجـر الزاوية في الاضطرابات النفسجسمية هو الشدائد أو الضغوط التى يقع الإنسان تحت وطأتها وتوصف بالشدة أو بأنها قادرة على إنتاج تغير في الكائن الحى وإن مـا يقـرب من ٥٠٪ من الأمـراض التى يشكو منها الناس هى فى حـقـيـقـتـهـا أمراض سيكوسوماتية (سعد جلال، ١٩٨٦، ص ص ٢٦٦-٢٦٩).

ولذا فإن مفهوم الضغوط يمكن تناوله من خلال ثلاثة نماذج هـى:

النموذج البيئي، والنموذج الطبى، والنموذج النفسي، وأن الأفراد يتابينون في درجة إدراكهم ودرجة التحمل والمواجهة للضغوط (Mcnamara, 2000). رغم محاولة (هولمز وراهي) تقديم مقياس يتم من خلاله التعرف على درجة الضغوط التي يصل إليها الفرد، وإن الدرجة الكلية (الناتجة عن حاصل جمع درجة كافة العوامل الضاغطة) تشير إلى درجة اختلال توازن الفرد (Holmes & Rahe, 1967).

ولذا فإن مرضى السكر يواجهون بالطبع العديد من أنواع الضغوط، حيث توصلت العديد من البحوث والدراسات إلى أن الضغوط تسبب مرض البول السكرى أو على الأقل تسبب تفاقمه، وأوضحت الأبحاث الحديثة أن المشقة يمكن أن تؤثر على التحكم في البول السكرى بطريقتين: الأولي بشكل مباشر من خلال عملية الأيض، والثانية من خلال التأثير الضار على السلوك (جيهان محمود رشاد، ٢٠٠١، ص٤٤؛ Santrock, 2000.p.5؛ مجدى زينة، ٢٠٠٠).

وإن أبحاث Cannon عن الانفعالات قد توصلت كمثال إلى حقيقة خلاصتها أن التعرض الدائم للضغوط، وكذا الفشل في مواجهتها قد يقود إلى العديد من التغيرات العضوية المدمرة والتى قد يترتب عليها وقوع الفرد فريسة للعديد من الأمراض المزمنة، (Sarafino, 1990).

ولذا نجد العديد من المحاولات الاجتهادية التى قدمت نماذج لكيفية تفسير الضغوط وتوضيح مدى تأثير البيئة على الفرد وخاصة أخذ العوامل النفسية في الاعتبار (Lazaros & Folkman, 1984; sarason & sarason, 1979) .

وهناك اجتهادات لتقديم عوامل بيئية تساهم في حدوث الضغوط مثل النموذج الذى قدمه ريس Ress والذى أوضح من خلاله الدور الحيوى والجوهرى للضغوط وإن استمرارها يمثل عبئا على القدرة التكيفية للفرد (هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص٢٤٧).

إلا أن مسألة الفروق الفردية فى الاستجابة للضغوط يجب أخذها بعين الاعتبار لأنه قد لوحظ أن بعض الأفراد يستجيبون للضغوط بشكل

نموذجى وذلك بظهور ارتفاع فى نسبة الجلوكوز في الدم، وآخرون قد لا يستجيبون على الإطلاق (جيهان محمود رشاد، ٢٠٠١، ص٤٥؛ جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص٤٣).

ج- بعض الجوانب الشخصية المميزة لمرضى السكر من النوع الثانى:

أشار عديد من الباحثين إلى أن السمات الأساسية المميزة للأفراد الذين يقعون فريسة للاضطرابات السيكوسوماتية أنهم يتميزون بالعديد من السمات الشخصية النفسية من قبيل القلق والغضب والصراع، والعداء، وعدم التأني وغيرها من الصفات التى تجعل الفرد فريسة سهلة للوقوع فى أي اضطراب أو أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية (Rosenman & Chesney, 1982, p. 549).

وإن العلاقة بين الإصابة بمرض السكر والعديد من خصال الشخصية خاصة ارتفاع الدرجة على سمات الغضب والحساسية والعدائية والخضوع والاتكالية والخوف من مواجهة المواقف الضاغطة.... كل هذه السمات تساعد على وقوع الفرد في اضطراب أو أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية ومنها الإصابة بمرض السكر (Banks & Gnnon, 1988; Mccubbin et al., 1991).

إن التعرض المستمر للإحباط (نتيجة الفشل في تقييم المواقف تقييما موضوعيا) فإن ذلك قد يثير العديد من الانفعالات الحادة النفسية والتى يترتب عليها العديد من التلف في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم، وإن عامل الجنس (ذكور - إناث) له دورا في ذلك، إذ تكون الإناث أكثر عرضة للمؤثرات النفسية مقارنة بالذكور، لأن نسبة من يصاب بالسكر أو ضغط الدم من الإناث أكثر من مثيلاتها لدى الذكور، وإن ارتفاع مستوى القلق والضيق والتوتر يقود بدوره إلى إمكانية الزيادة في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لديهم، وإن الفرد كلما كانت حالته المزاجية أقل حدة كلما بعد عن الوقوع ضحية لهذه الاضطرابات.

انظر في هذا الصدد: (Miller, 1993; Goldmanet. al, 1996; Newdy & Schledusch, 1997؛ جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص ص ٤٤-٤٥).

د- الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثاني:

بالرغم من قلة الدراسات التي تناولت جانب الصلابة النفسية إلا أن الحقيقة التي توصلت إليها بعض الدراسات أن الصلابة النفسية والتي تشير إلى قدرة الفرد على التحكم فى أسلوب حياته والالتزام والتحدى في الحياة من شأن مثل هذه (الاستراتيجية) أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإصابة بالأمراض النفسجسمية (Santvok, 2000, p. 5).

وليس هذا فحسب بل إن العديد من الفروض حول الصلابة النفسية قد تحققت تجريبيا وخلاصتها إن الأفراد الذين يميلون بطبيعتهم إلى الصمود والمقاومة وعدم الهروب من مواجهة الضغوط مع قدرة عالية على الضبط الداخلى وقدرة على القيادة والمبادأة بل والتفكير في أكثر من حل للمشكلة الواحدة... كل ذلك يخفف من حدة وقع الضغوط على الفرد، ولذا فالأفراد الأكثر صلابة هم أكثر صحة نفسية بل وقدرة على مواجهة مشاق الحياة (Kobasa, 1979; Kobasa, 1982).

فضغوط الحياة لا نستطيع منعها ولكن نستطيع أن ندرب الشخص على أن يتمتع بصلابة نفسية تمكنه من مواجهة ضغوط الحياة (Holahan & Moos, 1987).

وإن الصلابة هى اعتقاد عام للفرد في فعاليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كى يدرك ويفسر ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة، ولذا فإن الصلابة النفسية تعنى الالتزام، والتحكم، والتحدي، وهذه الخصائص من شأنها المحافظة على سلامة الأداء النفسى رغم التعرض لأحداث سلبية ضاغطة (عماد مخيمر، ١٩٩٦، ص٢٧٧).

وقد توصل لطفى فطيم من خلال محاولته التحقق من فرضية فيشر وكليفلاند Fisher & Clevland والتى تنطلق من فكرة أن الاضطراب السيكوسوماتى يرتبط بدرجة مناعة الجسم وأنه كلما زادت درجة المناعة قلت إصابة الفرد بالاضطراب السيكوسوماتى، وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض من خلال دراسته الميدانية (لطفى فطيم، ١٩٧٩).

الدراسات السابقة:

في دراسة نهض بها سوريدج **Surridge** هدفت إلى الكشف عن المظاهر والخصائص السيكاترية لدى المصابين بالسكر، وتكونت العينة من (٥٠) مصابًا بمرض السكر بواقع ٢٧ من الذكور، ٢٣ من الإناث، ومجموعة ضابطة من أقارب وأزواج المرضى، وتراوحت أعمارهم بين ٣٦ إلى ٦٠ عاما وتم استخدام العديد من الأدوات النفسية مثل المقابلة النفسية، استبيان بييك للاكتئاب، ومقياس هاملتون للاكتئاب، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها انتشار الإحساس بالأسى والحزن، وتأخر النمو الجنسي، وصعوبة في التركيز، وإحساس عام بالخمول وفقدان الطاقة، وإن هذه الأعراض ظهرت في العينة التجريبية (المصابة بالسكر) مقارنة بالعينة الضابطة (**Surridge, 1983**).

وفى دراسة قام بها جينسن **Jensen** هدفت إلى الكشف عن المظاهر الانفعالية التي ترتبط باضطراب السكر والاستجابة الجسمية النفسية لها، وتناولت الدراسة (٥١) زوجا بواقع ٢٨ زوجة، ٢٣ زوج، وتم استخدام المقابلة الإكلينيكية والتى تناولت بعض المظاهر الانفعالية وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها أن المصابين بالسكر يعانون من الخوف والقلق من المستقبل أكثر مما يبديه الأشخاص غير المصابين، أنهم يعانون من زيادة التعب المزمن والقلق والخوف من الفشل الجنسى علي رفيقة الحياة **Jensen, S, 1984**.

وفي دراسة قام بها هاريس وآخرون **Harries et al.,** هدفت فى الكشف عن العلاقة بين الصحة والمتغيرات النفسية لدى عينة من مصابين باضطراب السكر، تكونت عينة الدراسة من ٩٣ مصابا بالسكر جميعهم من الذكور واستخدم الباحثون العديد من الأدوات النفسية مثل مقياس اعتقاد الصحة لمرضى السكر من إعداد هاريس وآخرين، وقائمة هوبنكنز تلخص الأعراض، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها مرضى السكر يكثر لديهم الإحساس بالاكتئاب والتبدين (أى المعاناة من البدانة)

والحساسية الشديدة للمواقف الضاغطة، والقلق، ونقص في تقدير الذات والاتجاه سلبى نحو المرض (Harries. et. al, 1984, pp. 135-138).

وفي دراسة إدوارد ياتس Edaward & Yates هدفت إلى أثر الضغط الذهنى على مستوى السكر بالدم والتقدير الذاتى لمستوى الضغط النفسى وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١٠) أفراد من المصابين بالسكر تراوحت أعمارهم بين ٢٤-٥٧ سنة، ومجموعة مماثلة من الأصحاء (من غير المصابين بالسكر) ولقياس نسبة السكر بالدم استخدم جهاز (الجلوكومتر) ولقياس مستوى الضغط استخدم الباحثان مقياسا من إعدادهما، وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة السكر لدى الأشخاص المصابين بالسكر ضعف النسبة لدى الأصحاء (٩,٨٦ وحدة مقابل ٤,٨٠ وحدة لدى الأصحاء)، وأما عن الإحساس بالضغط فلم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين (Edwar & Yates, 1984, pp. 59-69).

وفى دراسة قامت بها كلاريا هولمز Holmes, هدفت إلى رسم بروفيل نفسى عصبى للمصابين باضطراب السكر، وتكونت العينة من (١٠٠) مصاب بالسكر، جميعهم من الذكور، واختارت عينة مماثلة من الأسوياء وقد روعى في اختيار العينتين أن يكون مستوى ذكاء المبحوثين يفوق المتوسط وأن لا يعانون من أى اضطراب عصبى أو عقلى وألا يكونون معتادين على تناول أى عقارات نفسية (ما عدا الأنسولين بالنسبة للعينة التجريبية)، واستخدمت العديد من الاختبارات ومنها كراسة للمقابلة الشخصية، اختبار وكسلر، وقد وجدت العديد من الفروق في الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر مقارنة بأفراد العينة الضابطة، وإن طول فترة الإصابة بالسكر وإهمال الفرد الالتزام بالعلاج والتعليمات الأخرى تقود إلى العديد من مظاهر التدهور فى القدرات العقلية (Holmes,s, 1985, pp. 110-116).

وقام جينسن Jensen بدراسة ثانية تعد امتدادا للدراسة السابقة (والتى جاء ذكرها ضمن هذه الدراسات) هدفت إلى الكشف عن المظاهر الانفعالية لمرضى السكر وتأثير السكر على الحياة اليومية للمصابين وبيان

تأثير الضغوط فى نشوء وتطور هذا الاضطراب، وتكونت العينة من ١٠١ مصابًا بالسكر بواقع (٥١) ذكرا و (٥٠) أنثى تتراوح أعمارهم بين ٣٢-٥٢ سنة وقد روعى التجانس بين أفراد العينة، وتم استخدام العديد من الأدوات النفسية مثل استمارة تتعلق بالحياة اليومية للمصابين واستجاباتهم نحو المرض مع التركيز على الأزمات والاستجابة النفسية الجنسية وكيفية تقبل المرض، وأشارت النتائج من خلال مقارنة إجابات الذكور والإناث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلى جانب الذكور وذلك لأنهم يستخدمون مرضهم كعذر عن القيام ببعض أعمالهم أكثر من الإناث بواقع ٢٦٪ ذكور مقابل ٧٪ إناث، وإن (٧٥٪) من الذكور مقابل (٢٦٪) من الإناث قد أقروا بمرض السكر على حياتهم وأنه قد أثر الاضطراب على حياتهم الجنسية تأثيرا سلبيا، وإن ٢٣ ٪ من الذكور مقابل ٥٪ من الإناث قد ذكروا بتأثير المرض على تقديرهم الجسمى السلبى **Bodiy self steem**، وأن الكثير يرفض التعايش السلمى مع المرض رغم علمهم الأكيد أن تقبل المرض هو السبيل الوحيد للتعايش معه **(Jensen, 1986)**.

وفى دراسة جبالى نور الدين (١٩٨٩) عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية - دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية، وحالات البول السكري، ولذا تكونت عينة البحث من ٦٨ شخصًا (٢٢ من مرضى قرحة المعدة، ٢٣ من مرضى السكر، ٢٣ من الأصحاء) وتكونت أدوات الدراسة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه. **MMPI** وقائمة ايزنك، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها حصول المصابين بالسكر على درجات مرتفعة ودالة إحصائيا في كل من مقياس الاكتئاب والهستيريا ومقياس الذكورة والأنوثة ومن خلال مقارنة المصابين بالقرحة المعدية مع المصابين بالسكر كانت الدرجات المرتفعة إلى جانب المصابين بالسكر (جبالى نور الدين، ١٩٨٩).

وفي دراسة نهض بها ايتون **Eaton** هدفت إلى دراسة العوامل النفسية الاجتماعية التي تؤثر على التحكم في البول السكرى المعتمد على الأنسولين

وتم استخدام مقياس الالتزام السلوكى والتحكم في مستوى السكر بالدم على عينة مكونة من (١٢١) فردا تتراوح أعمارهم بين ١٤-٥٠ سنة من المرضى المترددين على العيادات الطبية وطبقت عليهم العديد من المقاييس النفسية مثل القلق والاكتئاب والتفاعلات، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن حديثى العهد بمرض السكر أكثر قلقا واكتئابًا مقارنة بالمجموعات الأخرى (أى التى لها تاريخ سابق مع المرض) **(Eaton, 1992)**.

وهى نفس النتيجة التى توصل إليها راجالا وآخرون **Rajala et al** من حيث أن مرضى السكر المشخصين (أى الذين تأكدوا من إصابتهم بالسكر) كانوا أكثر اكتئابا مقارنة بالأشخاص الذين لم يتم تشخيصهم بعد **(Rajala, et al, 1997)**.

وفي دراسة قام بها كالدويل وآخرون **Caldwell et al** لبحث ارتباط مرض السكر (من النوع الثانى أى غير المعتمد على الأنسولين) وقيمة الحياة كما يدركونها، وقد تناولت الدراسة مجموعتين مكونتين من ٢٢٣ شخصا مصابا بمرض السكر، ومجموعة ضابطة مكونة من ٧٥٣ شخصا غير مصاب بمرض السكر، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها أن المصابين بالسكر قد قدروا قيمة الحياة مع أنها أقل مقارنة بالمجموعة الضابطة **(Caldwell, et al., 1998)**.

وفى دراسة قام بها مارك هدفت إلى تحديد عوامل الصحة النفسية الارتباطية والعوامل التى يتضمنها العلاج. وأجريت الدراسة على ٥٤ مواطنا أمريكيا مصابا بالسكر من النوع الثانى واستخدم العديد من الاختبارات النفسية خاصة اختبار (دليل شدة الإدمان)، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها زيادة القلق والتوتر، وإن اللجوء إلى إدمان المخدرات قد يكون بهدف العلاج الذاتى من القلق، ووجود علاقة مع العديد من المتغيرات النفسية الاجتماعية ومتغيرات إدمان المخدرات **(Mark, 1999)**.

وفى دراسة تحليلية للعديد من البحوث التى تناولت مرض السكر من النوع الثانى توصل ليست مان وآخرون **Lustman, et al**. إلى حقيقة

خلاصتها أن الاكتئاب شائع بين مرضى البول السكرى لكن الدراسات لم تعرض علاقته بالتحكم في سكر الدم بشكل منهجى (Lustman et al., 2000).

وفى دراسة قام بها روجرز Rogers عن الجسم السليم يعنى عقلا سليما: تأثير النظام الغذائى على المزاج والوظيفة المعرفية على المدى الطويل، حيث تناولت الدراسة مجموعة من المرضى الملتزمين بنظام غذائى صالح لمرضى السكر في مقابل مرضى لا يهتمون بذلك، وقد رصدت الدراسة العديد من عوامل الخطورة العضوية لدي عينة مرضى السكر غير الملتزمين بالنظم الغذائية الواجب مراعتها لتفادى أخطار ومضاعفات مرض السكر (Rogers, 2001).

وفى دراسة قام بها بران Brain هدفت إلى الكشف عن العديد من العوامل النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وقد تكونت العينة من (٥١٢) أمريكيا مصابا بالسكر من ولاية أوكلاهوما تراوحت أعمارهم بين ٧٧٠٤٦ عاما، واستخدم العديد من المقاييس النفسية، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها زيادة في انفعالات الغضب والإكتئاب والعدائية، وإن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعى والضغوط المدركة (Brain, 2001, p. 79).

وتوصلت جيهان محمد رشاد (٢٠٠١) إلى وجود علاقة بين التحكم في مستوى سكر الدم وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الأطفال حيث وجدت علاقة بين التحكم في مستوى السكر بالدم وبين العديد من متغيرات الشخصية مثل القلق (حالة – سمة)، والاكتئاب، مركز التحكم (الداخلى – الخارجي) وسمات الشخصية وسلوكيات رعاية الذات (جيهان محمد رشاد، ٢٠٠١).

وفى دراسة مشابهة للدراسة السابقة قام بها .Egle et al للدراسة عن تأثير خبرات وتجارب الطفولة السلبية على المدى الطويل: دليل حقيقى والحاجة إلى مزيد من البحوث، حيث توصلوا إلى حقيقة أن القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية بوجه خاص، إضافة إلى التعرض للحرمان والإهمال من قبل الوالدين... كل ذلك وغيره يظل علامة فارقة فى الإصابة بمرض السكر (أو أى اضطراب سيكوسوماتي) (Egle, et al, 2002).

وفى دراسة قامت بها سلوى محمد محمود عن مقارنة القدرات المعرفية لدى مرضى السكر بمرضى قرحة المعدة، حيث تكونت عينة الدراسة الكلية من ٦٠ فردا يتراوح أعمارهم بين ١٨-٦٠ عاما وموزعين على ثلاث مجموعات (مرضى السكر مكونة من ٢٠ مفحوصا بواقع ١٥ من الذكور، و ٥ من الإناث، ومرضى قرحة المعدة مكونة من ٢٠ مفحوصا ١٨ من الذكور، ٢ من الإناث، ومجموعة ضابطة مكونة من (٣٠) فردًا بواقع ٢٥ من الذكور، و ٥ من الإناث).

وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السكر وعينة الاصحاء في الاضطرابات السيكوسوماتية (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤).

تعليق عام على الدراسات السابقة:

يمكن استخلاص ما يلى:

١- بالرغم من انتشار مرض السكر (خاصة النوع الثاني) فإننا نجد قلة الدراسات الميدانية العربية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج استعراض الدراسات السابقة، إذ إن الدراسات العربية -في حدود علم الباحث- ما زالت جد محدودة ولا تتناسب إطلاقا مع هذا الانتشار الوبائي لمرض السكر من النوع الثاني ومن هنا تأتى هذه الدراسة فى محاولة لسد هذا الفراغ.

٢- إن بعض الدراسات السابقة قد تناولت جانبا واحدا من جوانب المتغيرات النفسية المرتبطة بشخصية الفرد المصاب بالسكر من النوع الثانى مثل دراسة **Surridge** كمثال والتى اقتصرت على دراسة أعراض الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى، ودراسة سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤ والتى اقتصرت على تناول الجوانب المعرفية فقط... وغيرها من الدراسات.

٣- إن بعض الدراسات السابقة قد تناولت فقط المرضى من الذكور المصابين بمرض السكر ولم تتناول فئة الإناث مثال دراسة **Holmes, 1985** ودراسة **Harries et al., 1984**؛ ودراسة كالدويل وزملائه **(Caldwell et al. 1998)**.

٤- إن بعض الدراسات السابقة قد استخدمت عينات صغيرة نسبيا مثل دراسة سلوى محمد محمود (١٥ من الذكور، ٥ من الإناث)، ودراسة جبالي نور الدين (٢٣ مريضا بالسكر)، ولا شك أنه كلما كبر حجم العينة كلما كانت النتائج أكثر دقة.

٥- إن بعض الدراسات السابقة لم تستخدم أدوات نفسية مقننة بل اكتفت باستخدام استمارة للتعرف على ردود أفعال الفرد المصاب بالسكر (من النوع الثاني) وردود أفعاله النفسية تجاه بعض القضايا النفسية المرتبطة بمرض السكر مثل دراسة **Jensen, 1984** كمثال.

٦- لم نجد في الدراسات السابقة دراسة قد تناولت الجوانب الشخصية المتعددة لدى مرضى السكر (من النوع الثاني) وخاصة تناول عامل الصلابة النفسية في علاقتها بالضغوط وكذا الاضطرابات السيكوسوماتية وهو ما تهدف إليه الدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من صحة الفروض التالية:

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تأثير شكل من النوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى بالسكر - غير مرضى بالسكر) على متغيرات الدراسة الآتية:

أ- قائم كورنل للاضطرابات النفسجسمية.

ب- اختبار الضغوط.

ج- متغيرات الشخصية (العدوان / العداء، الاعتمادية، التقدير السلبي للذات، نقص الكفاية الشخصية، عدم التجاوب الانفعالي، عدم الثبات الانفعالي، النظرة للحياة).

د- مقياس الصلابة النفسية.

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة مرضى السكر وعينة الأصحاء في متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل - اختبار

الضغوط - استبانة تقدير الشخصية - الصلابة النفسية) وأن الفروق في الجوانب السلبية ستكون إلى جانب عينة مرضى السكر، فى حين أن جوانب الصلابة النفسية ستكون إلى جانب عينة الأصحاء.

الفرض الثالث: توجد عوامل مشتركة بين المرضى (مرضى بالسكر - غير مرضى) من الذكور والإناث على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل - اختبار الضغوط - إستبانة تقدير الشخصية - اختبار الصلابة النفسية).

مصطلحات الدراسة:

يشتمل البحث على خمسة مفاهيم أساسية نعرض لتعريفاتها الإجرائية على النحو التالي:

١- مرض السكر Diabetes Mellitus:

ويعرف إجرائيا بأنه حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك من عوامل متعددة (وراثية - بيئية كثيرة) غالبا ما تتضافر مع بعضها البعض، وقد يرجع ازدياد نسبة أو مستوى السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التى تضاد مفعوله ويؤدى هذا الاختلال في التوازن إلى زيادة نسبة السكر في الدم مما يترتب عليه العديد من المضاعفات التى تمس كل أعضاء الجسم (خاصة الحيوية).

ودراستنا تنهض على مرضى السكر من **النوع الثانى**: وهذا النوع يمثل الأغلبية من المرضى (٩٠٪)، ويحدث عادة بعد سن الثلاثين والأربعين، وفي هذا النوع نجد أن البنكرياس يقوم بإفراز أنسولين فى دم المريض، ولذلك عرف باسم (السكر اللامنعدم الأنسولين) وكذلك نجد أن المريض لا يحتاج إلى الحقن بالأنسولين (فى معظم الأحيان) ولذلك سمى (اللامعتمد على الأنسولين) (محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣، ٣١).

ويتصف مرض السكر من النوع الثانى بالآتى:-

أ- يتصف المريض بالسمنة.

ب- يقل إفراز الأنسولين بدرجة بسيطة، حيث توجد خلايا بيتا في حالة

جيدة، وقد تكون كمية الأنسولين في هذا النوع طبيعية تماما، إلا أنه توجد عوامل معينة تحد من فاعلية الأنسولين، أو تحول دون إفرازه بصورة جيدة.

ج- يستجيب هذا النوع للعلاج بالأقراص.

د- عندما يعالج بالأنسولين يسهل السيطرة على كمية السكر في الدم ولا تظهر أي تقلبات (أيمن الحسينى، ١٩٨٨، ٧) .

٢- الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic Disorders:

وهى زملة الأعراض الجسمية التى تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية، والتى قد تتسبب في حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض يصيب عضوا أو جزءا من أجزاء الجسم، أو يسبب خللا في أداء هذا العضو لوظيفته بحيث لا يفلح في علاج هذه الأعراض، وشفائها شفاء تامًا، والاعتماد فقط على العلاج الجسمى الطويل، بدون علاج أسبابه النفسية، وتنشأ هذه الأعراض غالبا، نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية حادة (مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو لتبنيه لأسلوب حياة غير تكيفى) أو لاتسامه بسمات شخصية مهيئة للوقوع في هذه الاضطرابات) مع عوامل بيولوجية مهيئة (مثل ضعف فسيولوجى فى أحد الأعضاء، أو لاضطراب في الأجهزة الفسيولوجية والهرمونية... إلخ) (محمود أبو النيل، ٢٠٠١). وتتحدد هذه الاضطرابات قياسيا - في الدراسة الحالية - من خلال الدرجة على كافة المتغيرات التى تعكسها قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية إضافة إلى الدرجات الكلية.

٣- الضغوط النفسية Stressors:

وهى المعوقات التى تعترض الفرد، وتولد لديه القلق والتوتر، ويختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات، كما يختلفون أيضا في طرق مواجهتها، وقليل من الضغوط مفيد ومنشط، أما الكثير منها والمستمر فقد تعجل بانهيار الفرد (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ص ١٠٤).

٤- الشخصية Personality:

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الشخصية إلا أننا في هذه الدراسة سنستخدم استبيان تقدير الشخصية Personality Assessment Questionnair والذي يهدف إلى التقدير الكمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه من خلال نزعات شخصية هى:-

أ- العدوانية Aggresstion:

والعداء بما في ذلك العدوان الجسمى واللفظى والسلبى وعدم القدرة على التغلب على المشاعر العدائية والكراهية تجاه الآخرين.

ب- الاعتمادية Dependence:

ويقصد بها الاعتماد النفسى على شخص أو أشخاص آخرين ليجد التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو السلوك أو الإرشاد أو القرار لديهم.

ج- تقويم الذات Selfevalotion:

ويهتم بتحديد المشاعر والاتجاهات والإدراكات المتعلقة بذات الشخص والتى تعد امتدادا متصل طرفيه الإيجابى والسلبى وأن تقويم الذات يقع في بعدين فرعيين مترابطين هما :

- تقدير الذات self Assesment.
- الكفاية الشخصية self adequacy.

د- التجاوب الانفعالى Emotional Responess:

ويشير إلى قدرة الفرد على التعبير بصراحة وتلقائية وحرية عن انفعالاته تجاه الآخرين وبصفة خاصة مشاعر الدفء والمحبة لديهم.

هـ- الثبات الانفعالى Emotional Stability:

ويقصد به مدى استقرار الحالة المزاجية للشخص ومدى قدرته على مواجهة الفشل والنكسات والمشكلات ومصادر التوتر الأخرى بأقل قدر من الانزعاج والإحباط.

و- النظرة للحياة Life View:

ويقصد بها تقويم الفرد العام للحياة، إما على أنه مكان طيب وآمن غير مهدد أو كمكان منذر ملىء بالخطر والشك والتهديد وعدم اليقين (رونالد - ب - رونر، ١٩٨٨:٢ ص ص ٢-٧).

٥- الصلابة النفسية Psychological Hardiness:

وهى اعتقاد عام لدى الفرد فى فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة (عماد مخيمر، ١٩٩٦، ص٢٨٤).

منهج الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

اختلف التصميم البحثى للدراسة باختلاف المشكلة الفرعية محل الاهتمام، فعند فحص العلاقة بين متغيرات الدراسة الأربعة: (الاضطرابات السيكوسوماتية، الضغوط، متغيرات الشخصية (٧ جوانب)، الصلابة النفسية، اعتمدت الدراسة على التصميم الوصفى الارتباطي. أما الإجابة عن أسئلة الفروق (سواء بين غير المرضى «ذكور - إناث» وغير المرضى فقط «ذكور - إناث») فقد اعتمدت الدراسة على التصميم البحثى الفارق.

إجراءات الدراسة:

أولا: العينة ومواصفاتها:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين هما:

أ- مجموعة مرضى السكر:

وهى مجموعة مصابة بالسكر وتحتوي على (٢٠٠) حالة من الذكور، وقد تم سحبهم بطريقة مقصودة من مناطق متعددة في القاهرة الكبرى (القاهرة - الجيزة - القليوبية)، وفى الفئة العمرية من ٣٤ عاما حتى ٦٩عاما بمتوسط عمر قدره ٤٥,٠٣ عاما وانحراف معيارى قدره ٣,٣٢

عاما، و (٢٠٠) حالة من الإناث المصابات بالسكر وتراوح العمر بين ٣٣ عاما حتى ٦٩ عاما بمتوسط عمر قدره ٤٩,٤٧ عاما وتم اختيارهن بطريقة مقصودة من منطقة القاهرة الكبرى (القاهرة والجيزة والقليوبية).

وقد تم التأكيد على ثلاثة شروط أساسية عند اختيار المجموعة المرضية المصابة بالسكر وهى:-

أ- أن تكون الإصابة بالسكر من النوع الثاني.

ب- أن يعالج الشخص بواسطة الأقراص (وليس بحقن الأنسولين).

ج- أن يكون قد مر على الأقل ثلاث سنوات على تشخيص الحالة.

ب- مجموعة الأصحاء:

وتكونت بدورها من مجموعتين من الذكور (ن=٢٠٠) والإناث (ن=٢٠٠) إلا أن هذه المجموعة ليست مصابة بالسكر أو أى اضطراب جسمى نفسى آخر (مثل ضغط الدم المرتفع، القلب، الروماتيزم... إلخ)، وقد تم سحب العينة بطريقة مقصودة وأيضا من نطاق القاهرة الكبرى. وقد تراوح العمر الزمنى في مجموعة الذكور بين ٣٦ عاما حتى ٦٤ عاما بمتوسط قدره ٥٢,٦٤ عاما وانحراف معيارى قدره + ٣,٨٦ عاما. وفى عينة الإناث تراوح العمر بين ٣٦ عاما حتى ٦٤ عاما بمتوسط قدره ٥٢,٧٩ عاما وانحراف معيارى قدره +٣,٠٢ عاما. وجدول رقم (١) يوضح خصائص عينة الدراسة.

جدول (١)

يوضح خصائص عينة الدراسة من المرضى (المصابة بمرض السكر من الذكور والإناث) والعينة الأخرى من الأصحاء (غير المصابة من الذكور والإناث)

البيـــــان		العينة المرضية (مرضى السكر)				عينة الأصحاء (غير المرضى)				النسبة الحرجة		دلالتها
		عينة الذكور (ن=٢٠٠)		عينة الإناث (ن=٢٠٠)		عينة الذكور (ن=٢٠٠)		عينة الإناث (ن=٢٠٠)		مرضى ذكور ن = ٢٠٠ أصحاء ذكور	مرضى إناث ن = ٢٠٠ أصحاء إناث	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
السن	٣٢-	٥٢	٢٦,٠	٣٨	١٩,٠	٦٧	٣٣,٥	٥٣	٢٦,٥	٠,٤٢	٠,٤٧	غير دالة
	٤٣-	٤٣	٢١,٥	٦٢	٣١,٠	٥١	٢٥,٥	٤٤	٢٢,٠	٠,٥٣	٠,٣٥	غير دالة
	٥٣-	٣٧	١٨,٥	٣٦	١٨,٠	٢٥	١٢,٥	٦١	٣٠,٥	٠,٦٤	٠,٢١	غير دالة
	٦٣-٧٢	٦٨	٢٤,٠	٦٤	٣٢,٠	٥٧	٢٨,٥	٤٢	٢١,٠	٠,٧٣	٠,١٢	غير دالة
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠			
التعليم	بدون تعليم	٣٧	١٨,٥	٤٦	٢٣,٠	٢٧	١٣,٥	٣٤	١٧,٠	٠,٢٥	٠,٣٢	غير دالة
	تعليم أساسي	٢٥	١٢,٥	٣٣	١٦,٥	٤٩	٢٤,٥	٣٢	١٦,٠	٠,٤٣	٠,٩٧	غير دالة
	تعليم ثانوي	٤٣	٢١,٥	٣٧	١٨,٥	٢٥	١٢,٥	٤٩	٢٥,٥	٠,٦٧	٠,٥٤	غير دالة
	تعليم فوق المتوسط	٥٤	٢٧,٠	٣٢	١٦,٠	٤٧	٢١,٥	٣٨	١٩,٠	٠,٢٤	٠,٧٧	غير دالة
	تعليم جامعي	٤١	٢٠,٥	٥٢	٢٦,٠	٥٦	٢٨,٠	٤٧	٢٣,٥	٠,٣٥	٠,٣٢	غير دالة
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠			
المهن	مهن كتابية	٣٧	١٨,٥	٥٥	٢٧,٥	٣٣	١٦,٥	٦٩	٢٤,٥	٠,٤٤	٠,٦٣	غير دالة
	مهن إدارية وشبه إدارية	٥٦	٢٨,٠	٤٣	٢١,٥	٤٧	٢٢,٥	٤٨	٢٤,٠	٠,٣٢	٠,٤٥	غير دالة
	مهن مهنية	٤٧	٢٢,٥	٢٥	١٢,٥	٣٨	١٩,٠	٢٤	١٢,٠	٠,٦٧	٠,٥٣	غير دالة
	بدون عمل	٦٠	٣٠,٠	٧٧	٢٨,٥	٨٢	٤١,٠	٥٩	٢٩,٥	٠,٢٢	٠,١٥	غير دالة
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠			
الحالة الاجتماعية	متزوج	٧٦	٣٨,٠	٤٣	٢١,٥	٨٥	٤٢,٥	٧٧	٢٨,٥	٠,٤٤	٠,٦٧	غير دالة
	غير متزوج	٢٥	١٢,٥	١٥	٧,٥	٤٣	٢١,٥	٦٥	٣٢,٥	٠,٧٤	٠,٣٣	غير دالة
	مطلق	٤٤	٢٢,٠	٦٧	٣٣,٥	٤٩	٢٤,٥	٤٣	٢١,٥	٠,٢٥	٠,٣٩	غير دالة
	أرمل	٥٥	٢٧,٥	٧٥	٣٧,٥	٢٣	١١,٥	١٥	٧,٥	١,١٢	٠,٩٣	غير دالة
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠					
الحي السكنى	أحياء القاهرة	٩٣	٤٦,٥	٦٥	٣٢,٥	٧٤	٣٧,٠	٥٠	٢٥,٠	٠,٤٥	٠,٣٢	غير دالة
	أحياء الجيزة	٧٢	٣٦,٠	١١٣	٥٦,٥	٦٣	٣١,٥	٢٧	١٣,٥	٠,٦٣	٠,٢٥	غير دالة
	القليوبية	٣٥	١٧,٥	٢٢	١١,٠	٦٣	٣١,٥	١٢٣	٦١,٥	٠,٦٣٨	٠,٣٣	غير دالة
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠			

أدوات الدراسة:

١- قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية:

هذه القائمة من إعداد: كيف برودمان Keev Brodman، وألبرت أردمان Albert. Erdman، وهارولد ج. ولف Harld. G. Wolf وبول. ف. مسكوفتس Poul. F. Miskovitz، وقام محمود أبو النيل بإعدادها إلى العربية.

وتشتمل القائمة على (٢٢٣) سؤال موزعه على مقاييس فرعية تقيس (١٨) عاملاً انفعاليًا وسيكوسوماتيا هى: مقياس السمع والأبصار (عدد العبارات ١٣)، مقياس الجهاز التنفسى (عدد العبارات ١٧)، مقياس القلب والأوعية الدموية (عدد العبارات ١٩)، مقياس الجهاز الهضمى (عدد العبارات ٢٠)، مقياس الهيكل العظمى (عدد العبارات ١١)، مقياس الجلد (عدد العبارات ٧)، مقياس الجهاز العصبي (عدد العبارات ١٨)، مقياس الجهاز البولى التناسلى (عدد العبارات ١٣)، مقياس التعب (عدد العبارات ٧)، مقياس تكرار المرض (عدد العبارات ٩)، عدم الكفاية (عدد العبارات ١٢)، مقياس الاكتئاب (عدد العبارات ٦)، مقياس القلق (عدد العبارات ٩)، مقياس الحساسية (عدد العبارات ٦)، مقياس الغضب (عدد العبارات ٩)، مقياس التوتر (عدد العبارات ٦)، إضافة إلى الدرجة الكلية.

وقد بينت العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية اتسام هذه البطارية بالكفاءة السيكومترية والتى تناولت درجة الاتساق الداخلى للبطاية حيث بينت وجود ارتباط كبير لبنودها بالدرجة الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك القدرة التمييزية لبنود البطارية بين المجموعات المتطرفة (أنظر: محمد صديق ١٩٩٩؛ مجدى زينة ٢٠٠٠؛ محمود أبو النيل ٢٠٠١؛ أمال عبد الحليم ١٩٩٩؛ هبة الله أبو النيل، ٢٠٠٢)، كما توصلت العديد من الدراسات إلى تمتع البطارية بثبات عال إذ بلغ ثياب المقياس بطريقة إعادة الاختبار ٠,٨٦ وهو معامل مرتفع نسبيًا وبطريقة القسمة التصفية ٠,٨٥ (أنظر: محمد صديق، ١٩٩٩؛ مجدى زينه؛ ٢٠٠٠، هبة الله أبو النيل، أيمن عامر ٢٠٠٦).

وفى إطار هذه الدراسة تم تطبيق هذه القائمة على عينة مكونة من ٥٠ مريضا بالسكر (٣٠ من الذكور، ٢٠ من الإناث) وعينة مماثلة غير مصابة بالسكر (ن=٥٠) (٣٥ من الذكور، ١٥ من الإناث) وتراوح العمر الزمنى ما بين ٣٩-٦٤ عاما لدى المجموعتين (العينة المرضية وعينة الأصحاء) بمتوسط قدره ٥٠,٩٤ ± ٣,٤٢ عاما)، حيث تم تطبيق الاختبارات المستخدمة فى هذه الدراسة وبطريقة إعادة التطبيق بعد إسبوعين فتوصل الباحث إلى أن معامل الثبات لقائمة كورنل بطريقة إعادة الاختبار في الدراسة الراهنة قد وصل إلى ٠,٩١ وهو معامل مرتفع ويشير إلى الاطمئنان إلى استخدام هذه الأداة.

٢- مقياس ضغوط الحياة:

هذا المقياس من إعداد الباحث وقد سبق أن صممه واستخدمه في أطروحته للدكتوراه (١٩٩٦)، ويقيس المقياس (٨) جوانب من الضغوط التى من الممكن أن يتعرض لها الفرد وهى: ضغوط أسرية (ن=١٥)، ضغوط دراسية (ن=٨)، ضغوط العمل (ن=١٠)، ضغوط الزواج والعلاقة بالجنس الآخر (ن=١٥)، ضغوط مالية (ن=٧)، ضغوط الأصدقاء (ن=٧)، ضغوط مخالفة القانون (ن=٨)، ضغوط نفسية (ن=١٧).

وتم حساب الثبات في الدراسة الأولى (١٩٩٦) بطريقة إعادة الاختبار فوجد أن ر = ٠,٨١ وفى إطار هذه الدراسة، وعلى نفس عينة التقنين السابق وصفها (ن=١٠٠) تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار فتوصل إلى أن معامل الثبات قد وصل إلى ٠,٨٦، وهو معامل مرتفع نسبيا ويشير إلى الاطمئنان إلى استخدام هذه الأداة.

٣- استبيان تقدير الشخصية:

هذا الاستبيان من تأليف رونالد -ب- رونر **Rohner**، ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة (١٩٨٨)، وهو أداة لتقدير الذات، أعد بهدف الحصول على تقدير كمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه فيما يتعلق بسببية نزعات شخصية (ميل سلوكي) هى: العدوانية / العداء، الاعتمادية، تقدير الذات، الكفاية الشخصية، التجاوب الانفعالي، الثبات الانفعالي، النظرة للحياة. وقد

أجريت على هذا الاستبيان العديد من طرق الثبات والصدق سواء فى صورته الانجليزية أو في صورته العربية، وسوف نكتفى بالإشارة إلى نتائج عينة التقنين العربية:-

١- تم تحليل صدق وثبات الاستبيان على عينة مكونة من ٨٤ طالبًا وطالبة (٤١ ذكور، ٤٣ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٢٥ عاما بمتوسط عمر ٢١,٥٢ عاما، وانحراف معيارى + ٢٠٢٩ عاما.

تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا لكرونباخ، وقد تراوحت ما بين ٠,٥٩، ٠,٧٩ بوسيط قدره ٠,٦٨ .

تم حساب الصدق بطريقتين هما:

أ- **الاتساق الداخلي:** وقد أشارت إلى معاملات ارتباط مرضية بين درجة كل مفردة ومجموع درجات مفردات المقياس الفرعي وكانت معاملات الارتباط الخاصة بجميع مفردات الاستبيان دالة عند ٠,٠١ .

ب- **الصدق العاملي:** حيث أسفر عن استخلاص خمسة عوامل بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من واحد صحيح وتم تدوير مصفوفة العوامل للكشف عن طبيعة هذه العوامل.

وقد استحوذت العوامل الخمسة على ٧٣,٤٣٪ من التباين الارتباطى الكلى (ممدوحة سلامة، ١٩٨٨).

وفى إطار هذه الدراسة وعلى نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها (ن = ١٠٠) أوضحت النتائج أن معامل حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمنى قدره أسبوعين وجد أنه ٠,٨٥ وهو معامل ثبات مرتفع.

٤- استبيان الصلابة النفسية:

وهو من إعداد عماد محمد مخيمر، مكون من ٤٧ عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الإجابة على المقياس في ثلاثة مستويات (دائما - أحيانا - أبدا) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة إدراك المستجيب للصلابة النفسية.

والمقياس مكون من ثلاثة أبعاد هي: الالتزام (وهذا البعد يتكون من ١٦ عبارة)، والتحكم (ويتكون هذا البعد من ١٥ عبارة)، والتحدى (وهذا البعد يتكون من ١٦ عبارة).

وتم حساب الثبات والصدق للمقياس على عينة من طلاب الجامعة بلغ عددها (ن = ٨٠) حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ كما كانت الارتباطات بين درجة كل مفردة والبعد الذى تنتمى إليه دالة عند مستوى ٠,٠٥، ٠,٠١، ٠,٧٤ (عماد مخيمر، ١٩٩٦، ص ص ٢٧٥-٢٩٩).

وفى إطار الدراسة الحالية تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار (على نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها) فوجد كالآتى: الدرجة الكلية ٠,٧٩، بعد الالتزام ٠,٧٧، بعد التحكم ٠,٧٨، بعد التحدى ٠,٧٤، وهى معاملات ثبات مرتفعة.

وكل ما سبق يشير إلى صلاحية الاختبار للاستخدام.

خطة التحليل الإحصائي: تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

أ- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

ب- حساب (قيم ت) لحساب دالة الفروق بين المجموعات.

ج- تحليل التباين ٢×٢ وفقا للنوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى - أصحاء) وذلك لحساب قيمة ف ودلالتها.

د- التحليل العاملى لمعرفة مدى التشبع بين متغيرات المقاييس الأربعة المستخدمة في الدراسة وفقا للحالة الصحية (مرضى- غير مرضى) ووفقا للنوع (ذكور-إناث).

نتائج الدراسة:

الفرض الأول: وينص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تأثير كل من النوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى بالسكر - غير مرضى) على متغيرات الدراسة الآتية:-

١- متغيرات الاضطرابات النفسجسمية:

جدول رقم (٢-أ)

يوضح نتائج تحليل التباين ٢×٢ لدرجات الأفراد على قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية، طبقا للنوع (ذكور-إناث) والحالة الصحية (مرضى-أصحاء)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	الدلالة
النوع (ذكور - إناث)	٣٣,٤٩٤	١	٠,١٥٤	٠,٦٩٥ غير دالة
الحالة الصحية (مرضى × أصحاء)	٤٨١١٧٣,٨٩٦	١	٢٢١٦,٧٩٦	دالة عند ٠,٠٠٠١
النوع × الحالة الصحية	٦٨٩,٣١٨	١	٣,١٧٦	٠,٤٧٥ غير دالة

يوضح الجدول (٢-أ) فى ضوء دلالة النسبة الغائية وجد أيضًا أن الفارق كان غير دالا فيما يتعلق بالنوع (ذكور - اناث) - وأيضًا - فيما يتعلق بالتفاعل بين النوع والحالة الصحية، لكن وجد تفاعل بين الحالة الصحية (مرضى - أصحاء) وباستخدام t.Test وجد أن الدلالة إلى جانب العينة التجريبية* أى المصابة بالسكر سواء من الذكور أو الإناث.

وقد حاولنا الكشف فقط على حساب التباين للأعراض المزاجية في قائمة كورنل جدول رقم (٢-ب) بوضع نتائج تحليل التباين ٢×٢ لدرجات الأفراد على الأعراض المزاجية.

(١) البيانات التفصيلية بين المجموعتين المرضية والأصحاء على المتغيرات المختلفة للدراسة ونتيجة الدلالة (ف) في الخطوة السابقة لدى الباحث ومتاح لمن يريد الاطلاع عليها.

جدول (٢-ب)

نتائج تحليل التباين ٢×٢ لدرجات عينة المرضى والأصحاء على الأعراض المزاجية لقائمة كورنل (عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية، الغضب، التوتر)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	الدلالة
النوع (ذكور – إناث)	٢٠١,٠٠١	١	٥٧,٩٦٢	٠,٠٠٠١ دالة
الحالة الصحية (مرضى × أسوياء)	١٣٠٨,١٦١	١	٣٧٧,٢٣٠	٠,٠٠٠١ دالة
النوع × الحالة الصحية	١٥,٤٠١	١	٤,٤٤١	٠,٠٣٥ غير دالة

❖ دالة عن مستوى ٠,٠٥

وبالنظر إلى الجدول رقم (٢-ب) ومن خلال دلالة النسبة الغائبة وجد فروق ذات دلالة من حيث تفاعل النوع (ذكور – إناث) وكذا التفاعل بين الحالة الصحية (مرضى – اصحاء) في حين لم نجد دلالة فيما يتعلق بتفاعل النوع مع الحالة الصحية. ومن خلال استخدام اختبار «ت» لبيان دلالى الفروق وجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالتفاعل بين النوع والحالة الصحية عند مستوى دلالة ٠,٠٥، ٠,٠١ وبين الحالة الصحية (مرضى – أصحاء) مما يؤكد حقيقة أن الجوانب الأكثر تأثرًا لدى مرضى السكر هى الاختبارات الفرعية الخاصة بقياس الجوانب المزاجية وأنها إلى جانب الذكور المصابين بمرض السكر وكذا الإناث.

أ- متغيرات الضغوط

جدول (٢-ج)

يوضح نتائج تحليل التباين ٢×٢ للدرجات الأفراد في اختبار الضغوط طبقا للنوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى - أسوياء)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	الدلالة
النوع (ذكور – إناث)	٧٧١٩,٠٣١	١	١٨٦,٢٨٣	٠,٠٠٠١ دالة
الحالة الصحية (مرضى × أصحاء)	٦٦٣٧٥,٤٦١	١	١٦٠١,٨٣٣	٠,٠٠٠١ دالة
النوع × الحالة الصحية	٢٤٣,١٠١	١	٥,٨٦٧	٠,٠٠٠١ دالة

ويتضح من الجدول (٢-ج) ومن خلال دلالة النسبة الفائية وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين النوع (ذكور - إناث) وكذا تفاعل الحالة الصحية (مرضى - اصحاء) وكذا التفاعل بين النوع والحالة الصحية. ومن خلال استخدام اختبار «ت» وجد أن الفروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بتفاعل النوع مع الحالة الصحية وإن الدلالة كانت في جانب الذكور المرضى، مما يشير إلى أن الذكور أكثر تأثرًا من الإناث باختبار الضغوط، حيث كانت دلالة اختبار «ت» ٠,٠٥ لدى الإناث، ٠,٠٠٠١ لدى الذكور.

ج- متغيرات تقدير الشخصية:

جدول (٢-د)

يوضح نتائج تحليل التباين ٢×٢ للدرجات الأفراد في استبيان تقدير الشخصية طبقا للنوع (ذكور-إناث) والحالة الصحية (مرضى-أسوياء)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	الدلالة
النوع (ذكور – إناث)	١٣٨٣,٣٨٠	١	٣,٧٥٥	٠,٠٦٠ دالة
الحالة الصحية (مرضى × أصحاء)	٢٠١٤٠,٢٤٥	١	٥١,٧٨٠	٠,٠٠٠١ دالة
النوع × الحالة الصحية	٢٠٤١,٥٠٦	١	٥,٢٤٩	٠,٤٢٢ غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٢-د) ومن خلال دراسة النسبة الغائية وجد تفاعل غير دال سواء فيما يتعلق بالنوع (ذكور - إناث) وبين النوع والحالة الصحية (مرضى - أصحاء) في حين وجدت فروق ذات دلالة فيما يتعلق بتأثير الحالة الصحية فقط (مرضى - أصحاء) ومن خلال استخدام اختبار «ت» لتحديد دلالة الفروق وفى أى اتجاه، وجود تفاعل بين النوع والحالة الصحية وإن الدلالة إلى جانب الفئة المرضية (أى المصابة بالسكر) من حيث زيادة العداء والاعتمادية وعدم الثبات الانفعالى والنظرة السلبية للحياة.

د- متغيرات الصلابة النفسية:

جدول (٢-هـ)

يوضح نتائج تحليل التباين ٢×٢ لدرجات الأفراد في اختبار الصلابة النفسية طبقا للنوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى-أسوياء)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	الدلالة
النوع (ذكور - إناث)	٤٢٣،٤٠٥	١	٥،٨٣٨	٠،٠١٦ غير دالة
الحالة الصحية (مرضى × أصحاء)	١٨٢٦٤٩،٦٨	١	٢٥١٨،٥١	٠،٠٠٠١ دالة
النوع × الحالة الصحية	٦٣٣،٦٨	١	٨،٧٣٨	٠،٠٠٣ غير دالة

يتضح من الجدول رقم (٢-هـ) وجود تفاعل بين الحالة الصحية (مرضى × أصحاء) بنسبة دلالة ٠،٠٠٠١ في حين لا توجد أى دلالة فيما يتعلق بالنوع (ذكور-إناث) والنوع والحالة الصحية وباستخدام اختبار «ت» وجد أن الدلالة إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر من الذكور والإناث وأن الأصحاء أعلى من المرضى على متغيرات، الصلابة النفسية.

الفرض الثانى: وينص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة مرضى السكر وعينة الأصحاء في متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل - اختبار الضغوط - استبانة تقدير الشخصية - الصلابة النفسية) وأن

الفـروق في الجـوانب السلبيـة سـتكون إلى جـانب عـينة المرضـى فى حين أن الدلالة الإحصائية ستكون إلى جانب متغيرات الصلابة النفسية ستكون إلي جانب عينة الأصحاء.

أ- المتغيرات النفسجسمية:

جدول رقم (٣-أ) يوضح دلالة الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء على متغيرات الدراسة.

جدول (٣-أ)
والخاص بالفروق بين مرضى السكر (ذكور-إناث) وغير المرضى (ذكور-إناث) على قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية

أولاً	متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية	مجموعة مرضى السكر ن = ٤٠٠		مجموعة الاصحاء ن = ٤٠٠		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفروق
		المتوسط م	الانحراف ع	المتوسط م	الانحراف ع			
(١)	السمع والابصار	٤,٣٥	٢,٦٢	٢,٥٠	١,٩١	١٧,٥٣	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٢)	الجهاز التنفسي	٦,٠٣	٢,٩٤	٢,٧٧	١,٨٢	١٨,٨٥	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٣)	القلب والأوعية الدموية	٦,٩١	٢,٤٢	٣,٠٨	١,٨٨	١٩,٦٦	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٤)	الجهاز الهضمي	٦,٥٢	٢,٢٩	٣,١١	١,٩١	١٧,٩٢	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٥)	الهيكل العظمي	٤,٦١	٢,٣٦	٢,٨٩	١,٨٨	١١,٦٧	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٦)	الجلد	٤,٠٩	٢,١٦	١,٤٦	١,٢٩	٢٠,٩٥	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٧)	الجهاز العصبي	٦,٠٢	٢,٩١	٢,٩٢	١,٩٥	١٧,٧٠	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٨)	البولي والتناسلي	٥,٤٧	٢,٥٠	٢,٦٨	١,٧٦	١٨,٢٧	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٩)	تكرار المرض	٤,٧٨	١,٨٩	٢,٣٦	١,٥٢	٢٠,٨٠	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٠)	أمراض متنوعة	٦,٦١	٢,٩١	٣,١٦	٢,٠٠	١٩,٥٣	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١١)	العادات	٦,٣٢	٣,٠٢	٣,٢٠	١,٨٤	١٧,٦٤	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٢)	عدم الكفاية	٤,٩٣	٢,٧٥	٢,٧٧	١,٧٨	١٥,٠٧	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٣)	الاكتئاب	٣,٥٣	١,٥٩	١,٥٨	١,٢٨	١٩,١٠	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٤)	الغضب	٥,٠٢	١,٦٦	٢,٢٩	١,٦٦	٢٣,٢٣	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٥)	التوتر	٥,١١	١,٦٦	٢,٤٨	١,٦٥	٢٢,٤٠	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(١٦)	الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية	٩٣,٦٠	١٨,٢٠	٤٤,٤٦	١٠,٠٣	٤٧,٠٥	٠,٠٠٠١ ٤	إلى جانب مرضى السكر

ويتضح من الجدول رقم (٣-أ) والخاص بالفروق بين المجموعة المريضة (ذكور - إناث ن = ٤٠٠)، ومجموعة الأصحاء (ذكور - إناث ن = ٤٠٠) على قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد القائمة (الثمانية عشر) إضافة إلى الدرجة الكلية إلى جانب المجموعة المريضة بالسكر (ذكور - إناث) وإن هذه الفروق دالة إحصائيًا عند ٠,٠٠٠١ .

ب- ضغوط الحياة:

جدول (٣ - ب)
يوضح الفروق بين مرضى السكر (ذكور-إناث ن=٤٠٠)
وعينة الأصحاء (ذكور - إناث ن=٤٠٠) على اختبار ضغوط الحياة

م	متغيرات ضغوط الحياة	مجموعة مرضى السكر ن = ٤٠٠		مجموعة الاصحاء ن = ٤٠٠		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفروق
		م	ع	م	ع			
(١)	الشدائد الأسرية	٦,٠٥	٢,٧٤	٢,٩٩	١,٧٨	١٨,٦٩	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٢)	شدائد الدراسة	٣,٥٦	١,٧٨	١,٢٨	١,١٠	٢٠,٧٨	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٣)	شدائد العمل	٤,٣٥	٢,٤٠	١,٧٩	١,٣٠	١٨,٧٣	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٤)	ضغوط الزواج والجنس الآخر	٤,٥٠	٢,٥٠	٢,٧٢	١,٧٥	١١,٦٤	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٥)	الضغوط المالية	٣,٥٩	١,٧٥	١,٧٤	١,٣٦	١٧,١٣	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٦)	ضغوط مخالفة القانون	٢,٥٦	١,٦٤	١,٣٩	١,١٥	١١,٦٦	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٧)	الضغوط النفسية	٦,٨٣	٢,٥٥	٣,٠٢	١,٨٦	٢٤,١٤	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٨)	الدرجة الكلية	٣٤,٨٩	٨,٢٧	١٦,٦٨	٥,٨٦	٣٥,٩٧	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر

ويتضح من الجدول رقم (٣-ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة مرضى السكر (ذكور-إناث =٤٠٠) ومجموعة الأصحاء (ذكور-إناث ن=٤٠٠) في اختبار ضغوط الحياة ووجود فروق ذات دلالة إحصائية إلى جانب مجموعة المرضى عند ٠,٠٠٠١ وعند جميع جوانب الضغوط.

ج- متغيرات تقدير الشخصية:

جدول (٣-ج)

يوضح دلالة الفروق بين مرضى السكر (ذكور - إناث=٤٠٠)، مجموعة الأصحاء (ذكور - إناث ن=٤٠٠) على استبيان تقدير الشخصية

م	متغيرات تقدير الشخصية	مجموعة مرضى السكر ن=٤٠٠		مجموعة الأصحاء ن=٤٠٠		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفروق
		م	ع	م	ع			
(١)	العدوان	٢١,٩٤	٤,٩٤	١١,٨٥	٢,٨٨	٣٥,٧٤	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٢)	التقدير السلبى	٢٠,٣٦	٤,٨٠	١١,٨٢	٢,٩١	٣٠,٤١	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٣)	عدم الكفاية	٢٠,٢٢	٤,٤٤	١٢,٥٩	٤,٦٢	٢٣,٨١	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٤)	عدم التجاوب الانفعالى	٢٠,٥٣	٤,٣٥	١٢,٢٨	٣,٠٢	٣١,٠٨	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٥)	عدم الثبات الانفعالى	٢٢,٤٢	٤,٦٦	١١,٩٧	٢,٩٠	٤١,٦٩	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر
(٦)	النظرة السلبية للحياة	٢٢,٦٣	٥,١٥	١٢,٠١	٢,٨٤	٣٦,١٢	٠,٠٠٠١	إلى جانب مرضى السكر

ويتضح من الجدول رقم (٣-ج) وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلى جانب مجموعة المرضى بالسكر (ذكور - إناث ن = ٤٠٠) وعند ٠,٠٠٠١ على المتغيرات السبع التى يقيسها الاستبيان.

د- متغيرات الصلابة النفسية:

جدول (٣-د)
يوضح دلالة الفروق بين مرضى السكر (ذكور - إناث ن = ٤٠٠) ومجموعة غير المرضى (ذكور - إناث ن = ٤٠٠) على اختبار الصلابة النفسية

م	متغيرات الصلابة النفسية	مجموعة المرضى ن = ٤٠٠		مجموعة الأصحاء ن = ٤٠٠		قيمة «ت»	مستوى الدلالة	إتجاه الفروق
		م	ع	م	ع			
(١)	الالتزام	٢١,٥٧	٤,٢٨	٣٧,٨٢	٤,٨٢٠	٤٨,٣٦	٠,٠٠٠١	إلى جانب الأسوياء
(٢)	التحكم	٢١,٠٤	٢,٧٨	٣٧,٢٢	٥,٠١	٥١,٥٦	٠,٠٠٠١	إلى جانب الأسوياء
(٣)	التحدى	٢١,٦٠	٢,٨٧	٣٦,٧٣	٤,٧٧	٤٩,٢٥	٠,٠٠٠١	إلى جانب الأسوياء
(٤)	الدرجة الكلية للصلابة النفسية	٦٤,٢١	٨,٩٨	١١١,١١	١١,٧٥	٦٣,٤٢	٠,٠٠٠١	إلى جانب الأسوياء

ويتضح من الجدول رقم (٣-د) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السكر (ذكور - إناث ن =٤٠٠) ومجموعة غير المرضى بالسكر (ذكور - إناث ن = ٤٠٠) والفروق إلى جانب عينة الأسوياء في الدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة لاختبار الصلابة النفسية وعند ٠,٠٠٠١ .

الفرض الثالث: وينص على: توجد عوامل مشتركة بين المرضى (مرضى السكر - غير المرضى) من الذكور والإناث على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل، اختبار الضغوط، استبانة تقدير الشخصية، الصلابة النفسية).

ولتحقيق هذا الفرض تم استخدام التحليل العاملى، وسوف يقتصر التحليل العاملى على مجموعتى المرضى (ذكور - إناث) ومجموعتى غير المرضى (ذكور - إناث).

أولاً: الذكور المرضى بالسكر:

جدول رقم (٤-أ) يوضح العوامل المستخلصة من التحليل العاملى

بطريقة المكونات الأساسية Principal Components لهوتيلنج، لتتناسب مع طبيعة الدراسة، ولم يتم استخراج العوامل التى يقل جذرها الكامن عن الواحد الصحيح وفقا لمحك كايزر، وتم تدوير العوامل تدويرا متعامدا بطريقة الفاريمكس Varimax لكايزر Kaiser.

وتم اختيار التشبعات الدالة فى البداية عند ٠,٣ فأكثر وما هو أقل من ٠,٣ تم استبعاده.

وأسفرت الخطوة السابقة عن استخراج (١٤) عاملا، فأعاد الباحث اختيار ٠,٤ فأكثر مع استبعاد ما هو أقل من ذلك، وأسفرت هذه الخطوة عن (٥) عوامل استوعبت (٦٢,٣٢٥٪) من التباين الكلى (وقد تم استخدام هذا الإجراء في كافة التحليل العاملى المستخدم في التأكد من تحقيق هذا الفرض).

العامل الأول: عدم كفاءة أجهزة الجسم، وقد تشبع على هذا العامل (٨) مقاييس فرعية من قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية، استوعبت (١١,١٣٩٪) من التباين الكلي.

جدول (٤-أ) يوضح تشبع العامل الأول

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٢٢	الجهاز الهضمي	٠,٦٩٥
٢٥	الجهاز العصبي	٠,٦٢٤
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٥٩٧
٢٩	أمراض متنوعة	٠,٥٨٩
٣٠	العادات	٠,٥٨٦
٢٦	الجهاز البولي والتناسلي	٠,٥٧١
٢٠	الجهاز التنفسي	٠,٥٣٨
١٩	السمع والإبصار	٠,٤٤٠

العامل الثاني: محاولة الالتزام والتحدى والتقدير السلبي للذات، وقد تشبع على هذا العامل (٦) مقاييس من مقاييس الدراسة، واستوعب هذا العامل (٦,٧٠٤٪) من التباين الكلى.

جدول رقم (٤-ب) يوضح تشبع العامل الثانى

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣	الالتزام	٠,٤٨٧
٦	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٤٨٧
٤	النظرة للحياة	٠,٤٨٠
١	التحدي	٠,٤١٤
٩	الاعتمادية	٠,٤٢٩
٨	التقدير السلبي للذات	٠,٤٧٠

العامل الثالث: العدوان الناتج عن الاعتماد على الآخر وتكرار المرض، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية، استوعبت (٥,٥٣٩٪) من التباين الكلي.

جدول رقم (٤-ج) يوضح تشبع العامل الثالث

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣	الالتزام	٠,٤٨٧
٦	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٤٨٧
٤	النظرة للحياة	٠,٤٨٠
١	التحدي	٠,٤١٤
٩	الاعتمادية	٠,٤٢٩
٨	التقدير السلبي للذات	٠,٤٧٠

العامل الرابع: التوتر والغضب وضغوط العمل، وقد تشبع على هذا العامل (٣) مقاييس فرعية، استوعبت (٤,١٤٢٪) من التباين الكلي.

جدول رقم (٤-د) يوضح تشبع العامل الرابع

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١٦	ضغوط العمل	٠,٥٤٢
٣٥	الغضب	٠,٤٤٧
٣٦	التوتر	٠,٤٢٤

العامل الخامس: محاول التحكم في القلق والضغوط الأسرية، وقد تشبع على هذا العامل (٣) مقاييس فرعية، استوعبت (٣,٣٤٦٪) من التباين الكلية.

جدول (٤-هـ) يوضح تشبع العامل الخامس

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١٨	الضغوط الأسرية	٠,٥٠٥
٢	التحكم	٠,٤٣٢
٣٣	القلق	٠,٤٢٧

ثانيا: الإناث المريضات بالسكر:

جدول رقم (٥-أ) يوضح العوامل المستخلصة بعد التدوير المتعامد حيث تم استخراج (١٤) عاملا في البداية والارتضاء بأن نختار التشبع الدال لكل عامل عند ٠,٠٣، إلا أن الباحث عاد وارتضى ٠,٠٤ فأسفرت هذه الخطوة عن (٧) عوامل استوعبت (٦٣,٩٥١٪) من التباين الكلي.

العامل الأول: التوتر والقلق من عدم كفاءة بعض أجهزة الجسم، وقد تشبع على هذا العامل (١٠) مقاييس فرعية استوعبت (٦,٨٦٦٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-أ) يوضح تشبع العامل الأول

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٢٥	الجهاز العصبي	٠٫٦٧٥
٣٣	القلق	٠٫٥٣٦
٢٨	تكرار المرض	٠٫٥٢٣
٢٢	الجهاز الهضمي	٠٫٤٩٠
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠٫٤٧٤
٢٣	الهيكل العظمى	٠٫٤٥٢
٣٦	التوتر	٠٫٤٤٣
١٩	السمع والإبصار	٠٫٤٤١٣١
٣١	عدم الكفاية	٠٫٤٧٢
٢٠	الجهاز التنفسى	٠٫٤٤٣

العامل الثاني: الثبات الانفعالي وعدم الكفاية لمواجهة الضغوط الأسرية، وقد تشبع على هذا العامل (٦) مقاييس فرعية استوعبت (٥,٧٤٢٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-ب) يوضح تشبع العامل الثاني

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٥	عدم الثبات الانفعالى	٠٫٦٠٦
٣	الالتزام	٠٫٥٩٥
١	التحدي	٠٫٥٨٨
١٨	الضغوط الأسرية	٠٫٤٤٨
٤	النظرة السلبية للحياة	٠٫٥٤٢
٧	عدم الكفاية	٠٫٤٢٩

العامل الثالث: عدم التجاوب الانفعالي لضغوط الجنس، الآخر مقابل التحكم وعدم الكفاية، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية، استوعبت (٥,١٦٢٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-ج) يوضح تشبع العامل الثالث

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٦	عدم التجاوب الانفعالي	- ٠,٤٧٩
١٥	ضغوط الجنس الآخر	- ٠,٤٧٦
٢	التحكم	- ٠,٦٨٠
٧	عدم الكفاية	- ٠,٤٦١

العامل الرابع: الاعتمادية والتقدير السلبى للذات مقابل الاكتئاب وعدم التجاوب الانفعالي، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٩١٩٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-د) يوضح تشبع العامل الرابع

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٩	الاعتمادية	٠,٤٥٩
٨	التقدير السلبي للذات	٠,٤٥٦
٦	عدم التجاوب الانفعالي	- ٠,٤٣٣
٣٢	الاكتئاب	- ٠,٤٤٠

العامل الخامس: عدم الكفاية والاعتمادية والتقدير السلبي للذات مقابل عدم كفاءة الجهاز التنفسي، وقد تشبع على هذا العامل (٥) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٧٨٣٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-هـ) يوضح تشبع العامل الخامس

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣١	عدم الكفاية	٠,٥٠٠
٢٠	الجهاز التنفسى	- ٠,٤٥٥
٣٠	العادات	٠,٤١٥
٨	التقدير السلبى للذات	٠,٤١٣
٩	الاعتمادية	٠,٤٠٣

العامل السادس: الضغوط النفسية وضغوط الأصدقاء مقابل الحساسية، وقد تشبع على هذا العامل (٣) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٥٠١٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-و) يوضح تشبع العامل السادس

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١١	الضغوط النفسية	- ٥٩٩ر٠
٢٤	الحساسية	٤٥٨ر٠
١٣	ضغوط الأصدقاء	- ٤١٦ر٠

العامل السابع: الغضب والاكتئاب مقابل السمع والإبصار، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٤,١٢١٪) من التباين الكلي.

جدول (٥-ز) يوضح تشبع العامل السابع

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الغضب	٤٧١ر٠
١٢	ضغوط مخالفة القانون	٤٠٠ر٠
٣٢	الاكتئاب	٤٦٠ر٠
١٩	السمع والإبصار	- ٤٢١ر٠

ثالثا: عينة الذكور الأصحاء:

جدول رقم (٤-أ) يوضح العوامل المستخلصة من التحليل العاملى بعد التدوير المتعامد للمحاور، حيث تم استخراج (١٤) عاملا في البداية، وارتضى الباحث اختيار التشبعات الدالة عند ٠,٠٣ إلا أنه عاد واختار (٠,٠٤) فأكثر واستبعاد ما هو أقل من ذلك.

وتم التوصل فى هذه الخطوة إلى (٤) عوامل استوعبت (٦٥,٠٩٩٪) من التباين الكلي.

العامل الأول: التحدى والتحكم لعدم الثبات الانفعالى والنظرة السلبية للحياة، وقد تشبع على هذا العامل (٦) مقاييس فرعية استوعبت (٨,٠٩٩٪) من التباين الكلي.

جدول (٦-أ) يوضح تشبع العامل الأول

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٥	عدم الثبات الانفعالى	٠٫٧٣٣
٣	الالتزام	٠٫٧٥٢
٢	التحكم	٠٫٦٧٢
٦	عدم التجاوب الانفعالى	٠٫٦٥٤
١	التحدي	٠٫٦٣٨
٤	النظرة للحياة	٠٫٤٨٩

العامل الثاني: العدوان والاعتمادية والتوتر، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٦,٤٢٥٪) من التباين الكلي.

جدول (٦-ب) يوضح تشبع العامل الثاني

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٨	التقدير السلبي للذات	٠٫٥٨٢
١٠	العدوان	٠٫٥٨٢
٩	الاعتمادية	٠٫٥٤٥
٣٦	التوتر	٠٫٤٣٣

العامل الثالث: عامل قطبى: القلق من إصابة الجهاز الهضمي مقابل الاعتمادي والعدوانية، وقد تشبع على هذا العامل (٥) مقاييس فرعية استوعبت (٥,٠٣٥٪) من التباين الكلي.

جدول (٦-ج) يوضح تشبع العامل الثالث

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٩	الجهاز الهضمى	٠٫٥٤٦ -
١٠	الاعتمادية	٠٫٥٤٢ -
٨	العدوانية / العداء	٠٫٥٠٨ -
٢٢	التوتر	٤٠٦ -
٢٣	عدم الكفاية	٠٫٤٧٢

العامل الرابع: ضغوط الأصدقاء مقابل عدم الكفاية وإصابة الجهاز البولى والتناسلى، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٥٨٢٪) من التباين الكلي.

جدول رقم (٦-د) يوضح تشبع العامل الرابع

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١٣	ضغوط الأصدقاء	٠,٤٣١
٣١	عدم الكفاية	- ٠,٤١٨
٢٤	الجلد	٠,٤١٥
٢٦	الجهاز البولى والتناسلى	- ٠,٤٠١

رابعا: عينة الإناث غير المصابات بالسكر:

جدول رقم (٧-أ) يوضح العوامل المستخلصة من التحليل العاملى بعد التدوير المتعامد حيث تم استخراج (١٥) عاملا في البداية بعد أن ارتضى الباحث اختيار التشبعات الدالة عند (٠,٣) فأكثر، وحين عاد وارتضى اختيار التشبعات الدالة عند (٠,٤) توصل فقط إلى (٥) عوامل استوعبت (١١,٣٧٣٪) من التباين الكلي.

العامل الأول: الالتزام والتحكم والتحدى وعدم الثبات الانفعالى والنظرة السلبية للحياة، وقد تشبع على هذا العامل (٧) مقاييس فرعية استوعبت (١١,٣٧٣٪) من التباين الكلي.

جدول (٧-أ) يوضح تشبع العامل الأول

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣	الالتزام	٠,٧٨٣
٥	عدم الثبات الانفعالى	٠,٧٦٦
٢	التحكم	٠,٧٦٢
٤	النظرة للحياة	٠,٧٣٩
٦	عدم التجاوب الانفعالى	٠,٧٠٨
١	التحدى	٠,٦٦٧
٧	عدم الكفاية	٠,٧٤٥

العامل الثاني: عامل قطبي: الضغوط مقابل أعراض الجهاز التنفسي، وقد تشبع على هذا الأمل (٦) مقاييس فرعية استوعبت (٦,٩٦٤٪) من التباين الكلي.

جدول (٧-ب) يوضح تشبع العامل الثانى

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١٨	الضغوط الأسرية	٠,٦٦٤
١١	الضغوط النفسية	٠,٥٩٠
١٤	الضغوط المالية	٠,٥٨٣
١٥	ضغوط الجنس الآخر	٠,٤٩٤
١٦	ضغوط العمل	٠,٤٨١
٢٠	الجهاز التنفسى	- ٠,٤٥٤

العامل الثالث: أعراض عضوية متنوعة، وقد تشبع على هذا العامل (٥) مقاييس فرعية استوعبت (٦,٢٧٤٪) من التباين الكلي.

جدول (٧-ج) يوضح تشبع العامل الثالث

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٢٢	الجهاز الهضمى	٠,٦٥٧
٢٣	الهيكل العظمى	٠,٦١٨
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٥٨٣
٣٠	العادات	٠,٥٢٠
٢٩	أمراض متنوعة	٠,٤٠٧

العامل الرابع: الغضب والتوتر والقلق، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٩٠٢٪) من التباين الكلي.

جدول (٧-د) يوضح تشبع العامل الرابع

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الغضب	٠,٤٩٥
٣٦	التوتر	٠,٤٧١
٩	الاعتمادية	٠,٤١١
٣٣	القلق	٠,٤١٥

العامل الخامس: القلق والغضب مقابل ضغوط العمل وضغوط الجنس الآخر، وقد تشبع على هذا العامل (٤) مقاييس فرعية استوعبت (٤,٦٦٣٪) من التباين الكلي.

جدول (٧-هـ) يوضح تشبع العامل الخامس

رقم المقياس الفرعى	اسم المقياس الفرعي	التشبع
١٦	ضغوط العمل	- ٠,٤٤٠
٣٣	القلق	٠,٤١٥
٣٥	الغضب	٠,٤٠١
١٥	ضغوط الجنس الآخر	- ٠,٤٩٩

مناقشة النتائج:

مناقشة نتائج الفرض الأول:

يتضح من نتائج الفرض الأول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة مرضى السكر (ذكور - إناث) وعينة الأصحاء (ذكور - إناث) فى الأعراض السيكوسوماتية ومن خلال قائمة المتغيرات المستخلصة من كورنل للاضطرابات النفسجسمية يتضح وجود هذه الفروق على جميع أبعاد القائمة (١٨ بعدا) إضافة إلى الدرجة الكلية، وإن الفروق إلى جانب عينة مرضى السكر، وهى نتيجة متوقعة في ضوء أن القائمة تضم مجموعتين من الأعراض هى: **الأعراض البدنية** (وتتناول ١٣ عرضا تصيب أجهزة السمع والإبصار، والجهاز التنفسى، والقلب والأوعية الدموية، والجهاز الهضمي، والهيكل العظمي، والجلد، والجهاز العصبي، والجهاز البولي والتناسلي) فضلا عن مقياس التعب، مقياس تكرار المرض، مقياس الأمراض المختلفة ومقياس العادات، **والأعراض المزاجية والانفعالية**، وتتضمن (٦ جوانب) هى: عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر (محمود أبو النيل، ٢٠٠١)، كما أن مرضى السكر (خاصة من النوع الثاني) تلعب فيه العوامل النفسية دورا كبيرا، إضافة إلى معرفة الشخص أنه مرض مزمن، وأن الالتزام بالنظام العلاجى والغذائى سيستمر مدى الحياة، وإن أى إهمال فى هذا النظام سوف يقود الفرد إلى تدهور في أعضاء السم الهامة كالكلى والقلب وغيرهما وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات التى تناولت مرضى السكر مثل دراسة سلوى محمد محمود (٢٠٠٤)، جيهان محمد رشاد (٢٠٠١) ودراسة **Reber, 1995**، ودراسة **Gallating, 1988**، وغيرها من الدراسات التى توصلت إلى أن السكر به جانب جسمى ونفسى وأن مرضى السكر يعيشون في صراع شبه حاد مع الآباء (أو من يتولون السلطة) فضلاً عن العديد من السمات السيكولوجية التى تميز هذه الفئة (حتى قبل إصابتهم بالمرض) من قبيل: وجود صعوبات في التعبير عن المشاعر، الخوف من اتخاذ قرار، والاعتمادية على الآخر، والخوف من فقد العلاقات الحميمة مع الآخرين، وغيرها من السمات النفسية التى توصلت إليها دانبار (**chen, 1979**).

وفيما يتعلق بمتغيرات ضغوط الحياة فنجد أن الضغوط كانت دالة إحصائيًا وإلى جانب عينة مرضى السكر (ذكور - إناث مقارنة بالعينة غير المريضة بالسكر) وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة التى حاولت الكشف عن العلاقة بين الأمراض السيكوسوماتية والضغوط النفسية ذلك لأن المشكلة ليست في الضغط ونوعيته وشدته، بل فى مدى إدراك الفرد لذلك، وهل هذا الإدراك موضوعى للضغوط أم مبالغ فيه ولذا فإنه من المتوقع أن تعرض الفرد للضغوط ولفترة طويلة توقعه في العديد من الاضطرابات، أما إذا حدثت الضغوط بصورة متقطعة واستطاع الفرد أن يتعامل معها فإن ذلك وفقا لمحاولة (بيير شيفلد) فإنها تحقق له ثلاثة أهداف هى: الحفاظ على دالة التوازن النفسجسمي، الحفاظ على مصادر الطاقة، الدفاع الفعال ضد القلق (Beurchfield, 1979, pp. 661-672)، ولذا ظهر مفهوم ضرورة التعرف على العلاقة بين النفس والجسم والسياق الاجتماعى الذى يتواجد فيه هذا الفرد، وإن هذه العلاقات متفاعلة وتقود إلى العديد من النتائج إما إيجابية أو سلبية (Silgman, Csikszentmihalyi, 2000, pp.5-14)، ولذا فإن هذه الدراسة تتفق مع العديد من الدراسات التى تناولت الضغوط مثل دراسة محمد حسن غانم ١٩٩٦، ودراسة إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب (٢٠٠٢)، ودراسة هبة أبو النيل، أيمن عامر (٢٠٠٦)، ودراسة مجدى زينة (٢٠٠٠)، ودراسة Gensen, 1986، ودراسة Harries. et al., 1984 ودراسة Mark, 1999، وغيرها من الدراسات... وكل الدراسات التى تناولت مرضى السكر - قد أوضحت أن مرضى السكر أكثر إحساسًا بالضغوط وتعايشا معها من خلال العديد من الانفعالات الحادة والصعبة خاصة القلق والاكتئاب، وأن استمرار التعايش مع الضغوط والمبالغة في تأثيره يجعل الفرد في حالة استثاره دائمة مما يجعله عرضه للوقوع في العديد من الاضطرابات.

أما عن مناقشة النتائج المستخلصة من **متغيرات تقدير الشخصية** فقد أشارت الفروق إلى أنها ذات دلالة إحصائية وإلى جانب مرضى السكر (ذكور - إناث) مقارنة بالأفراد غير المرضى من الذكور والإناث. وإن الفروق قد

شملت جميع متغيرات الاستبيان السبعة، حيث أن مرض السكر يفرض مجموعة من القيود على الفرد فيحرمه من كثير من الأطعمة التى كان يفضلها قبل وقوعه فريسة للمرض، وأن هذا قد يفجر لديه بعض من العدوان، والتقدير السلبى للذات، والسلبية والاعتمادية والبروفيل النفسى لمرضى السكر قد أشار إلى هذه السمات، والإحساس بعدم الكفاية، وعدم التجاوب الانفعالى وعدم الثبات الانفعالى (وفى الغالب يكون ذلك من أكبر العوامل التى تهيئ الفرد للوقوع في مرض السكر) إضافة إلى النظرة السلبية للحياة. نظرا لأن مرض السكر سوف يستمر مع الفرد ولا يوجد علاج حاسم له حتى الآن.

ولا شك أن العديد من الدراسات السابقة التى تناولت مرضى السكر قد توصلت إلى العديد من هذه السمات مثل: الغضب، والعدائية، والحساسية، والخضوع، والإتكالية، والمبالغة في الانفعالات. مثل دراسات (Rose man & Chesney, 1982- Banks & Gnnon, 1988 - Weid-ner & et al, 1989- Mccubbin et al, 1991) وغيرها من الدراسات التى سبقت الإشارة إليها.

وفيما يتعلق بمناقشة النتائج المستخلصة من **اختبار الصلابة النفسية** فكما هو متوقع نجد أن جميع أبعاد الصلابة النفسية كانت دالة إحصائية وإلى جانب المجموعة السوية، ذلك لأن الأبعاد الثلاثة وفقا لمعد الاختبار تشير إلى قدرة الفرد في امتلاك أمور ذاته فالالتزام **Commitment** هو نوع من التعاقد النفسى يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمة ومدى تفاعله بإيجابية مع الآخرين من حوله، أما التحكم **control** فيشر إلى مدى اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل المسئولية الشخصية عما يحدث له، أما **التحدى** **Challange** اعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضرورى للنمو أكثر من كونه تهديدا له مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التى تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية (عماد مخيمر، ١٩٩٦، ص ص ٢٧٥-٢٩٩).

وإن كل ما سبق قد يفتقد إليه جزئيًا أو كليًا مرضى السكر من خلال ما يمتلكون من سمات شخصية وانفعالية ذات طبيعة محددة حتى قبل أن يصابوا بالفعل بمرض السكر)، ولا شك أن العديد من الدراسات قد أشارت إلى حقيقة خلاصتها أن الصلابة النفسية من شأنها أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإصابة بالأمراض النفسجسمية وغيرها من الاضطرابات انظر فى هذا الصدد (Santrock, 2000, p.5, Kobasa, 1982, Rosenman & chnsny, 1982, p. 549) وغيرها من الدراسات التى سبقت الإشارة إليها.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

هذا الفرض خاص باحتمال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى (من الذكور والإناث) وعينة الأصحاء (من الذكور والإناث) **في جميع متغيرات قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية**، وكانت الدلالة إلى جانب عينة المرضى بالسكر من الذكور والإناث. وهذه النتيجة متوقعة في ضوء النظر إلى الاضطرابات النفسجسمية بوصفها إضطرابات جسمية مزمنة تنتج عن عوامل نفسية، وإن استمرار المعاناة الانفعالية لفترة طويلة دون حسم يقود إلى العديد من الاضطرابات والتى تنعكس بدورها على جميع أجهزة الجسم المختلفة. وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التى تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية مثل: دراسة هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب، ٢٠٠٢، مجدى زينة، ١٩٩٤، ٢٠٠٠ وغيرها من الدراسات.

ومن خلال النظر إلى النتائج المستخلصة من متغيرات الضغوط وجد أن مرضى السكر أكثر أحساسا بالتعرض للضغوط (بمختلف صورها وأشكالها)، ولعل هذه النتيجة تتفق مع ما سبق وأوضحناه من أن مرضي السكر أكثر إحساسا بالضغوط، وإن المشكلة ليست فى الضغوط وإنما في كيفية إدراكها وإن الإدراك لها يكون في الغالب - بصورة مبالغ فيها مما يقود إلى العديد من الانفعالات العنيفة السيئة والتى تنعكس سلبا على أجهزة

الجسم الحيوية وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة أمثال دراسة: جيهان محمد رشاد، ٢٠٠٠، سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب، ٢٠٠٢، هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦؛ **Rogers, 2001; Brain, 2001** وغيرها من الدراسات.

وفيما يتعلق بالنتائج المستخلصة من **متغيرات تقديرات الشخصية** وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أنواع الضغوط وإلى جانب العينة المريضة بالسكر من الذكور والإناث، وتتفق هذه النتيجة مع ما سبق أن ذكرناه من وجود سمات أساسية تميز مرضى السكر، بل إن هذه السمات تكون موجودة من قبل إصابتهم ويمكن أن تمهد للاستهداف لمرض السكر، وإن سمات من قبيل العدوان، والاعتمادية، وعدم التجاوب الانفعالى، وعدم الثبات الانفعالى، وكذا النظرة السلبية للحياة... كل ذلك قد ميز فئة المرضى في مقابل فئة الأصحاء وهذه النتيجة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة أمثال دراسة **Banks & Gnnon, 1944** وكذا دراسة **Mccubbin. et al., 1991**، وجبالى نور الدين ١٩٨٩، ودراسة **Santvok, 2000**... وغيرها من الدراسات التى ركزت على استخلاص العديد من السمات النفسية لمرضى السكر.

أما عن النتائج المستخلصة من متغيرات الصلابة النفسية فقد جاءت النتائج إلى جانب عينة الأصحاء مما يؤكد أن عينة الأصحاء (غير المرضى) يتمتعون بالعديد من السمات التى تؤهلهم للاستعداد لمواجهة ضغوط وإحباطات الحياة مقارنة بالعينة المريضة، وإن هذه الصلابة النفسية تعد (خط الدفاع الأساسي) لعدم الانهيار، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة أمثال دراستى عماد مخيمر ١٩٩٦؛ ١٩٩٧؛ دراستى **Kobasa, 1979; 1982 Fisher & Clevland** (من خلال لطفى فطيم ١٩٧٩)... وغيرها من الدراسات.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

ومن خلال التحليل العاملى تم التوصل إلى أكثر العوامل شيوعا وتشبعا بمتغيرات الدراسة:

أ- مناقشة النتائج الخاصة بعينة مرضى السكر:

حيث تم التوصل إلى (٥) عوامل لدى الذكور، و (٧) عوامل لدى الإناث وتدور مسميات العوامل سواء لدى الذكور أو النساء حول عدم كفاءة أجهزة الجسم المختلفة، والعدوان، والاعتمادية، والغضب، والإدراك -ربما المبالغ فيه- للضغوط بكافة صورها وأشكالها، ومحاولة التحكم والتحدى إلا أن النظرة السلبية للذات والنظرة السلبية للحياة كانت السمة الغالبة على العينة المرضية. أى أن النتائج تؤيد الفرض الأول من حيث تحكم عوامل نفسية سلبية تتمكن من (نفوس العينة المصابة بمرض السكر، مع خفوت ووهن كافة العوامل التى تقود الشخص إلى الصلابة النفسية من قبيل التحكم والالتزام والتحدى).

وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة والتى توصلت إلى أنه كلما زاد حجم التعرض للضغوط زادت درجة المعاناة من الأعراض النفسجسمية، وإن الأفكار المتوارثة (أو الشائعة) عن مرض السكر من حيث أنه مرض مزمن سوف يستمر مع الشخص طوال الحياة، وأنه (صديق مما صداقته بد)، وعليك أن تتبع التعليمات الغذائية والدوائية. وإذا لم تلتزم فإن مرض السكر سوف يدمر كل خلايا وأجهزة الجسم الحيوية مثل: السمع والإبصار، والقلب، والكلى، والرئتين، وغيرها... حقيقة لا تقبل الجدل، وإن مرضى السكر يفتقدون إلى الالتزام -في الغالب- وأنهم أحيانا ييأسون من مجرد (فكرة أن عليهم الالتزام بنهج علاجى وغذائى ورياضى مستمر وطوال الحياة). وقد تأكدت هذه النتيجة من خلال العديد من الدراسات والبحوث السابقة مثل: دراسة سلوى محمد محمود (٢٠٠٤)، أيمن الحسينى ١٩٩٩، ودراسة جبالى نور الدين ١٩٨٩، Gavin et al; 2003, Savafino; 1990، وغيرها من الدراسات التى حاولت التوصل إلى (بروفيل) نفسى مميز لمرضى السكر. لكن هذه الدراسة توصلت إلى أن النساء المصابات بالسكر أكثر تأثرًا من الرجال المصابين به، وهذا يبرز خصوصية حضارية تميز الإناث مقابل الذكور، حيث إن المرأة إذا أصيبت بالسكر قبل الزواج (فإن فرص الإقبال عليها والزواج منها) قد تتقلص مع انتشار العديد من الأفكار

غير العقلانية حول مرض السكر، وإذا أصيبت السيدة بداء السكر بعد الزواج فإنها تخشى أن يؤثر ذلك على أداء وظائفها في إدارة شئون المنزل مع احتمال انصراف الزوج عنها وربما يفكر في الاقتران بغيرها تكون (سليمة وقادرة على إدارة شئون الرجل والأولاد والبيت)، وهى عوامل ترتبط بالمجتمع إلا أنها تتفاعل داخل نفس المرأة المصابة بالسكر وقد تفرز العديد من الانفعالات السيئة.

ب- تفسير النتائج المستخلصة من عينة الأصحاء:

تم استخراج (٤) عوامل فى عينة الذكور، و (٥) عوامل في عينة الإناث، لكن نلمح كخط أساسى ظهور المقاييس الفرعية لسمة أساسية تميز الفئة غير المصابة بالسكر حيث الالتزام، والتحكم والتحدي، وعدم الاستسلام للضغوط أو (الحدث الصادم) مع ظهور العديد من حالات: عدم الثبات الانفعالي، وإدراك الضغوط (خاصة ضغوط العمل لدى عينة الذكور غير المصابة بالسكر، وضغوط الأسرة لدى المرأة غير المصابة بالسكر)، والنظرة السلبية للحياة، وعدم الثبات الانفعالى في بعض الأحيان وهذا بطرح عدة ملاحظات:-

الأولى: إن العينة حتى وإن كانت من الأصحاء بالمعنى التجاوزى إلا أن جميع دارسى علم النفس يعلمون أن السواء خرافة لا وجود لها في أرض الواقع، وبالتالى فإن هذه العينة تعانى من عرض (أو أكثر من الأعراض الخاصة بالأمراض السيكوسوماتية) إلا أن هذه المعاناة لا تصل إلى درجة الشلل التام والتوقف عن أداء مهامها في الحياة.

الثانية: ظهور عوامل الصلابة النفسية في العينة غير المصابة بالسكر وإن الدلالات الإحصائية (الناتجة عن الفرض الأول - تحليل التباين) قد أوضحت أن جميع الفروق كانت إلى جانب العينة السوية فيما يتعلق باختبار الصلابة النفسية.

الثالثة: إن العديد من الدراسات التى تناولت الضغوط في علاقتها مع الاضطرابات السيكوسوماتية قد توصلت إلى زيادة إدراك التعرض

للضغوط وربما الفشل في مواجهتها قد يقود إلى الإصابة بالعديد من الأمراض السيكوسوماتية وما قد يترتب على ذلك من إمكانية (توقعات سلبية) تجاه الذات.

وإن الإناث - حتى في العينة السوية - أكثر تعرضا وإدراكًا للضغوط وعدم الثبات الانفعالي، وربما النظرة السلبية للحياة مقارنة بعينة الذكور من الأسوياء.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة أمثال دراسات: إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب ٢٠٠٢، محمد صديق ١٩٩٩، هبة أبو النيل، أيمن عامر ٢٠٠٦ وغيرها من الدراسات.

مجمل تفسيري لنتائج الدراسة:

مما لا شك فيه أن مشكلات البحوث التى يتناولها الباحثون -عادة- فى أي مجتمع، إنما تعد مرآة تعكس -إلى حد كبير- ما يعانيه ذلك المجتمع من مشكلات نوعية. وفي مجتمعنا المصرى -بل والعربى- تعد ظاهرة الإصابة بمرض السكر - خاصة من النوع الثانى - في ازدياد، رغم الافتقار الدقيق إلى الإحصاءات وقد قدر البعض بأن مرضى السكر في مصر -خاصة النوع الثانى- أكثر من مليونى شخص، في حين قدره عميد المعهد القومى للسكر فى مصر بأكثر من خمسة ملايين من النوع الثانى، وإن هذا الرقم مرشح للازدياد فضلا عن أن العديد من الملاحظات الكلينيكية والدراسات الميدانية قد توصلت إلى حقيقة خلاصتها أن السكر من النوع الثانى (أى غير المعتمد على الأنسولين) يعد أكثر أنواع السكر شيوعا بعد سن (٤٥) سنة، وتتراوح نسبته من ٩٠-٩٥٪ من المرضى، وتزداد نسبة الإصابة به عالميا مع طول العمر المتوقع، ومع ازدياد السمنة، وقلة الحركة، وتغير نمط الحياة والميل إلى استهلاك الوجبات السريعة وغيرها من العوامل.

وقد هدفت الدراسة إلى محاولة الإجابة عن مجموعة من التساؤلات، فجاء الفرض الأول ليحاول الإجابة عن إمكانية وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين تأثير كل من عامل النوع (ذكور - إناث) والحالة الصحية (مرضى بالسكر - غير مرضى بالسكر)، في حين جاء الفرض الثانى ليحاول الإجابة عن إمكانية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة مرضى السكر والأصحاء، في حين جاء الفرض الثالث ليحاول الإجابة عن إمكانية وجود (عوامل مشتركة) بين متغيرات الدراسة سواء لدى العينة المريضة بالسكر والعينة غير المريضة وفى هذا الإطار جاءت العينة من مرضى السكر من الذكور والإناث وكذا عينة غير المرضى من الأصحاء (غير المصابين بالسكر) من الذكور والإناث، وعن طريق النسبة الحرجة تم التأكد من التكافؤ بين العينتين فى جميع المتغيرات (مرضى ذكور - أصحاء ذكور، إناث مريضات - إناث صحيحات) باستثناء عامل الإصابة بالسكر -بالطبع- والذى يميز أفراد المجموعة المريضة.

أما المتغيرات التى حاولت الدراسة فحصها لدى عينة الدراسة فكانت: قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية، واختبار الضغوط، واستبيان تقدير الشخصية، والصلابة النفسية، واعتمدنا على المنهج الوصفى (حين أردنا فحص العلاقة بين متغيرات الدراسة السابقة) أما الإجابة عن اسئلة الفروق (سواء بين المرضى والأصحاء) فقد اعتمدت الدراسة على التصميم البحثى الفارق.

أما عن أهم النتائج فقد توصلت الدراسة فيما يتعلق بالفرض الأول إلى وجود تفاعل بين الحالة الصحية (مرضى - أصحاء) فيما يتعلق بمتغيرات قائمة الاضطرابات النفسجسمية، في حين وجدنا تفاعل بين النوع وكذا الحالة الصحية، وتفاعل النوع مع الحالة الصحية على متغيرات الضغوط، وفيما يتعلق بمتغيرات تقدير الشخصية (والذى يقيس سبعة جوانب من سمات الشخصية) فقد توصلت الدراسة إلى وجود تفاعل فيما يتعلق بالحالة الصحية فقط، وهو نفس ما توصلنا إليه في متغيرات الصلابة النفسية.

وفيما يتعلق بالنتائج المستخلصة من نتائج الفرض الثانى والخاص

بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى وعينة الأصحاء فيما يتعلق بمتغيرات الدراسة فقد توصلت النتائج إلى وجود فروق إلى جانب العينة المريضة فيما يتعلق بجميع الجوانب السلبية، بينما كانت الدلالة إلى جانب عينة الأصحاء فيما يتعلق بمتغيرات الصلابة النفسية.

وفيما يتعلق بالعوامل المشتركة على متغيرات الدراسة تم التوصل إلى (٥) عوامل لدى الذكور، و (٧) لدى الإناث وتدور مسميات العوامل لدى الذكور أو الإناث حول عدم كفاءة أجهزة الجسم المختلفة والعدوان والاعتمادية والغضب والإدراك -المبالغ فيه- للضغوط بكافة صورها وأشكالها، ومحاولة التحكم والتحدى إلا أن النظرة السلبية للذات والنظرة السلبية للحياة كانت السمة الغالبة لدى أفراد العينة المريضة بالسكر.

في حين أن أهم العوامل التى تم استخلاصها من عينة الأصحاء فتم التوصل إلى (٤) عوامل في عينة الذكور، و (٥) عوامل في عينة الإناث وقد غلبت سمات الالتزام، والتحكم، والتحدى، عدم الاستسلام للضغوط، وإن كان هذا لا يمنع بروز بعض الجوانب السلبية وهذا أمر توقع فى ضوء حقيقة أن: السواء النفسى خرافة لا وجود لها على أرض الواقع.

والخلاصة: إن الدراسة الراهنة قد أثبتت وبطرق إحصائية متعددة أن مرضى السكر من الذكور والإناث يعانون من بعض السمات والصفات السلبية وإن إدراكهم للضغوط أو إحداث المشقة مبالغ فيه وأنهم يفتقدون إلي العديد من صفات التحدى والإرادة والصلابة النفسية، عكس الحال تماما لدى أفراد عينة الأصحاء من غير المصابين بالسكر. وهناك العديد من التساؤلات التى تطرحها هذه الدراسة وتحتاج إلى محاولة الإجابة عنها في دراسات لاحقة وهى:-

١- كيف يتم اكتشاف المجموعات المستهدفة Risk Group للانزلاق إلى الإصابة بمرض السكر من النوع الثانى، والعمل على تصميم برامج إرشادية وعلاجية خاصة بهم؟

٢- كيف نعمل على وقاية مريض السكر (من النوع الثانى) على التقليل من

إمكانية الإصابة بالعديد من صور وجوانب التدهور فى جوانب أجهزة الجسم المختلفة.

٣- ما أفضل البرامج العلاجية والإرشادية للتعامل مع خبرة التدهور الحاد في بعض أجهزة الجسم لدى مرضى السكر من النوع الثانى وخاصة هؤلاء المرضى الذين يضطر الطب إلى التدخل لبتر القدم السكرى لديهم.

٤- كيف يمكن التوصل إلى أفضل البرامج والطرق والوسائل لزيادة فاعلية الإدراك وتقبل الأمر الواقع والتعامل مع المرض بإيجابية، خاصة وإن الدراسات العديدة فى هذا المجال قد أثبتت أن مرضى السكر تنتابهم حالات من الاكتئاب نظرا لطبيعة مرض السكر المزمنة فضلا عن أن الشفاء من هذا المرض لا تكون واردة.



قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد محمد عوف (٢٠٠٠): مرض السكر (أوهام وحقائق). **سلسلة العلم والحياة**، العدد رقم ١٣٠، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢- أمال عبد الحليم (١٩٩٩): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط، دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية**. ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٣- أيمن الحسينى (١٩٩٤): **السكر والغذاء والجنس (التغذية الصحيحة) لمريض السكر وطرق علاج الضعف الجنسي**. القاهرة: دار الطلائع للنشر والتوزيع.

٤- أيمن الحسينى (١٩٩٩): **عش مع السكر في سلام** (١٧٥ سؤالا وأجوبتها عن مرض السكر وعلاجه). القاهرة: دار الطلائع للنشر والتوزيع.

٥- أيمن فاروق عبد العزيز (٢٠٠٠): **طعامك يا مريض السكر**. القاهرة: مؤسسة الأخبار.

٦- إيناس عبد الفتاح، محمد محمود نجيب (٢٠٠٢): ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة - دراسة كشفية، **مجلة دراسات نفسية**، القاهرة، مج١٢، ع٣ (يوليو) رابطة الأخصائيين النفسيين ص ص ٤١٧-٤٥٨.

٧- جبالى نور الدين (١٩٨٩): **علاقة الأمراض السيكوسوماتية والشخصية: دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكر**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، قسم علم النفس.

٨- جيهان محمد رشاد (٢٠٠١): **العلاقة بين التحكم في مستوى السكر بالدم وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الأطفال.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، قسم علم النفس.

٩- حسن عبد المعطى (١٩٨٩): الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين. **مجلة علم النفس،** القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ٣٠-٣٥.

١٠- حسن فكرى (٢٠٠٠): **علاج مرض السكر بدون دواء (٨٠ مشكلة تواجه مريض السكر) كيف يتعامل معها وكيف يتغلب عليها.** القاهرة: دار الطلائع للنشر والتوزيع.

١١- حلمى رياض جيد (١٩٨٥): الجديد في علاج السكر، القاهرة: **كتاب اليوم الطبي،** العدد (٣٨)، مؤسسة الأخبار.

١٢- روناد. ب. رونر (١٩٨٨): **استبيان تقدير الشخصية،** ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٣- سامى عبد القوى (١٩٩٥): **علم النفس الفسيولوجى.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٤- سعد جلال (١٩٨٦): **في الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية.** القاهرة: دار الفكر العربى.

١٥- سلوى محمد محمود (٢٠٠٤): **دراسة مقارنة للقدرات المعرفية لدى مرضى السكر ومرضى قرحة المعدة.** ماجستير غير منشورة، كلية الآداب - جامعة أسيوط، قسم علم النفس.

١٦- ضيائى حسين (١٩٨٧): المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بمرض السكر. **مجلة علم النفس،** القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد السادس، ص ص ٦٣-٦٥.

١٧- عبد الرحمن نور الدين (١٩٨٩): السكر من الألف إلى الياء. **مجلة طبيبك الخاص،** العدد ١٦٠ (إبريل)، ص ص ٢٥-٢٧.

١٨- عصام الدين جلال (٢٠٠١): السكر مرض يمكن التعايش معه، القاهرة **كتاب الهلال الطبي**، العدد التاسع، مؤسسة دار الهلال.

١٩- عماد محمد مخيمر (١٩٩٦): إدراك القبول / الرفض الوالدى وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. القاهرة، **مجلة دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسيين**، المجلد السادس، العدد الثاني، ص ص ٢٧٥-٢٩٩.

٢٠- عماد محمد مخيمر (١٩٩٧): الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، العدد (١٧٨) المجلد السابع، ص ص ١٠٣-١٣٨.

٢١- لطفى فطيم (١٩٧٩): **العلاقة بين نمو الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

٢٢- مجدى زينة (١٩٩٤). **مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة**، رسالة ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس، قسم علم النفس.

٢٣- مجدي زينة (٢٠٠٠): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانى**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، قسم علم النفس.

٢٤- محمد أحمد صديق (١٩٩٩): **الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين في شركات توظيف الأموال**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٢٥- محمد حسن غانم (١٩٩٦): **الديناميات النفسية للاحتياجات والضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات - دراسة**

حضارية مقارنة. رسالة دكتوراه - آداب عين شمس، قسم علم النفس.

٢٦- محمد حسن غانم (٢٠٠٥): **الإدمان (أضراره، نظريات تفسيره، علاجه).** القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): **دراسات ميدانية في سيكولوجية الإدمان والتعاطي.** القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٨- محمد صلاح الدين إبراهيم (١٩٩٣): السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. **سلسلة اعرف صحتك،** مؤسسة الأهرام، العدد الثامن، مركز الأهرام للترجمة والنشر.

٢٩- محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤): **الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية.** بيروت: دار النهضة العربية، الطبعة الثانية.

٣٠- محمود السيد أبو النيل (٢٠٠١): **مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.** القاهرة: المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

٣١- محمود سامى (١٩٩٧): وداعا للحيرة يا مريض السكر. القاهرة: **كتاب اليوم الطبي،** مؤسسة الأخبار.

٣٢- مغازى على محجوب (١٩٨٩): مرض السكر. القاهرة: **كتاب اليوم الطبي،** العدد (٩٠)، مؤسسة دار الأخبار.

٣٣- هبة أبو النيل (٢٠٠٥): **الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات الاضطرابات السيكوسوماتية.** دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٣٤- هبة أبو النيل، أيمن عامر (٢٠٠٦): الإبداع كاستعداد وعلاقته بالمشقة والاضطرابات النفسجسمية. القاهرة، **مجلة دراسات عربية في علم النفس،** مج ٢٥ ع٢ (إبريل) ص ص ٢٦٣-٣١٧.

٣٥- وفاء فتحى (٢٠٠٤). حوار مع عميد معهد السكر. **طبيبك الخاص،** العدد ٤٢٠ (أكتوبر)، مؤسسة دار الهلال، ص ص ١٦-٢٠.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

36- American diabetes association: http:// www.diabetes.org/diabetes-ststistics/national-diabetesfact-sheet.jsp.

37- Arab, M. (1992). Diabetes mellitus in Egypt. World Health Stat. Q: 45 (4) pp. 334-337.

38- Banks, J & Gannon. L (1988): the influence of hardiness on the relationship between stressors and psychosomatic symptomatology. *American journal of community psychology.* vol (16) no (1) pp. 490-505.

39- Barglow, p, Mark. F. Mechel. A. (1984). Stress and metabolic control indiabets. *Pshychosomatic Medicine.* vol 46, no (2), pp. 113-117.

40- Brain, (2001). Psychosocial factors and their relationship to type 2 dibaetes, Mellitusoutcome among the strong heart study cohort, Dissert- Ation Abstracts international, vol (40) no (4) p. 995.

41- Burchfield,s. (1979). The stress response: A new perspective, *ps¥chosomatic medicined.* vol (41), pp. 661-672.

42- Caldwell,E & Baxter, M (1998). The association of noninsulin dependent with perceivedquality of life in adiethnic population, *American Journal of Pubic Health* Aug, vol 88 no (8) pp. 1225-1229.

43- Cohen,f. (1979). Personality, press, and the devolopement of psysical illness in stone.G.et a (eds): Healthpsychology - ahand book, Washington, Jossey, Buss. pud.

44- Eaton, w (1992). psychosocial; psychopathologic in fluences on management and control of insulin dependent diabetes intrnational *Journal of psychiatry in medicine.* vol (22) no (2) pp. 105-117.

45- Edwards & Yates (1984). The effecys of cognative task demon subjective stress and non diabetics. *Journal of Psychosomatic Reaserch.* vol (29) no (1), pp. 59-69.

46- Egle,U; tiber,H; Jo chen,n; Kappis,B.et al (2002) long term effects of adverechildhood experiences- Actual evidence and needs for research, *Psychosomatic Medicine.* vol (48) no (4) pp. 411-434.

47- Gallatin,J. (1982). *Abnormal psycholoy cocept. Issues trends.* New York: Mcmillion pullaling co,t.n.c.

48- Gavin,J, Alberti, K, Davidson, B, mayers, B, Defrons 20, R et.al (2003). *Report of Expert committee on the diagnosis Mellitus.* In American diabetes association: Diabetes Care, Clinicla Practice recommendation supplement, 5-20.

49- Goldman,s & Kraemer,D & salvey, p. (1996). Beliefs about mood moderator the relationship of stress to illness and

sympto M reporting. *Journal of Psychosomatic Reserach*, vol (41) no (2) pp. 45-128.

50- Harris,R, Lisa, G & Harris, M. (1984). Relatioship between health beliefs and psycholoical Uariables in diabetes patients, British *Journal of Medical psychology*, vol (37) pp. 135-138.

51- Holmes, s, (1985) neuro psychological profils in men with insulin depend diabetes, *Journal of Conescelling and clivical psychology*, vol (54), no (3), pp. 110-116.

52- Jensen,s (1986). Emotional aspect inchronic disease: Astudy of insulin treated diabetes, intertnational *Journal of Rehabitation Research*, vol ( ) no (1) pp. 717-723.

53- Jensen,s (1984). Emotional aspects in diabetes Mellitus: Astudy of somatpshychological, *Journal of Psychosomatic Research*, vol (2) no (4). pp 117-123.

54- Jolmers, t & raha, r. (1967). the social readjust- ments rating scale. *Journal of Psychosomatic Reaserch*, vol (11), pp. 213-218.

55- Kaplan,R,Robert,M.James,E,salling, J.& thomas (1993). *Health and Humanbehavior*, McG raw- hill, inc. New York.

56- Kobasa, s (1982). commitment and coping in stress resistancce among lowyers. *Journal of Personality and Social psychology*, vol (4) no (4) pp. 707-717.

57- Kobasa,s. (1979). Stressful life events, personality and health: Anquiry into hardiness, *Journal of Personality andd Social Psychology*, vol (37), no (1), pp. 1-11.

58- Lazarus, R&folkman,s (1984). Stress appraisal and coping. New York: springer.

59- Lipowski, 2. (1989). What does the word psychosomatic really mean? Ahistorical and semantic inqiury, *Psychosomatic Medicine*, vol (94) no (2). pp. 34-44.

60- Lustman,p;Freedland, K;de-Groot & Cluse. R (2000). Depressionand poorglycemic: Ametaanalytic review of the literature, *Diabetes Care* vol (33). No (7). pp. 934-942.

61- Magni, G (1986). Psychomatic factors and pepticulcer disease *Hepato gastro enterology* vol (33), no (4). pp. 132-135.

62- Magni, G. (1986): Lipowski, 2. (1989). What does the word psychosomatic factros and peptic diseases. *Journal of Hepato Gastro Entrology*, 33. pp. 132.

63- Mark, (1999): type 2- diabetes, Mellitus among Lakoto / Dakoti Associted Mental Health Factors and treatment implication, *Diss.Abstracts Interational*, vol (60) no (7), pp.35-59.

64- McCubbin, J & Wilson.J & Bruehi,s & Brady, m. (1991): Gender

effects on blood pressuers obtained during an on campus screening. *Psychosomatic Medicine.* vol (53) no (1) pp. 90-100.

65- McGrady, A & Baily, B (1995). Biofeedback assisted ralaxation and diabetes mellitus in: Schwarts, Mark, S and association (Eds). *Biofeedback. Apractitioner's guide.* New York: The Guliford press, second edition, pp. 471-489.

66- Mcnamara,s. (2000). Stress in young people: what's new and what can we do? London: Continuum.

67- Miller,s. (1993). Cavdiovascular reactivity in anger devensive individuals: the influence of task demands, *Psychosomatic Medicine.* vol (55) no (1) pp. 79-85.

68- Molnar,s (1992). *Human varation: Races types and ethnic groups.* News Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.

69- Newby,s & Sclebusch,L. (1997) Social support, selfefficancy and assertiveness as mediators of student stress. *Journal of Human Behavior.* vol (34) no (3-4), pp. 61-69.

70- Rajala, Kelnaenen, Kuikaenniem, et al, (1997). noninsulin depedent diabetes Mellitus and depression in amiddle- aged finish population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* Aug, vol (32), no (6) pp. 363-367.

71- Reber, A. (1995). *The ponguin dictionary of psychology.* London: ponguin.

72- Rogers, p. (2000). Ahealth body, ahealthy mind: longterm impact of dret on mood and cognitive funcation. *Journal of psychiatry.* U.S.A.

73- Rosenman, R. & Chesny, M. (1982). Stress type A behavior and coronary disease in: gold Lenger. Leo, Breginting.shlomo (eds). *Handbook of stress: Theortical and clinic of aspects.* New York: Macmillan,p,co.inc pp. 547-559.

74- Rutter,m. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms in J.Rolf, a; Masten, D; nuechte & Weintraub (eds). *Risk and protective factors in the devolpement of psychopathology;* Cambridge University Press, pp. 181.214.

75- Santrok, J. (2000p). Psychology. *New York: M cGraw, six edition.*

76- Sarafinog,E. (1990). *Health-sychology:* Buopsychosocial interactions, New York: John Wily & Sons.

77- Sarason, I & sarason, B (1979). *The importance of cognition and moderator variables in stress.* Technical reports no scsis- oog A ringation. Vai office of naval Research.

78- Silgman,M; Csikszentmihaly: (2000) Positive psychology an Introduction, *American Psychologist.* Vol (55). No (1) pp. 55-60.

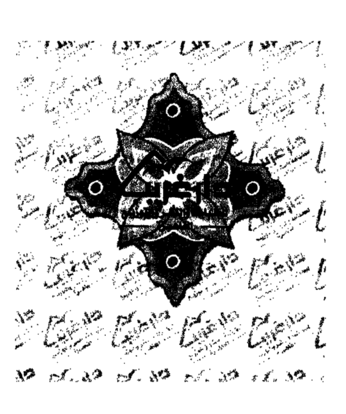
79- Surridge,D, (1988). Psychiatric aspects of diabetes mellitus, *British Journal of psychiatry.* vol (4), no (148) pp. 146-152.

Psychosomatic Disorders And Some Personality Variables for Diabetes Patiednts of The Second Type

Mohamed Hassan Ghanem (Ph.D)

Abstract

The study aimed at revealing the relationship between psychosomlatic disorders and each of life pressures, personality appreciation and psychological steadiness. The study sample consisted of two groups: Diabetes patients gruop that contained a sample of males and females injured with diabetes disease. Each sample consisted of 200 individuals. The age is on the average of 33069 years old with aging average amounted to (,03) yearsx and criterion declining ± 3.32 in males case 47, 49 yearsx and criterion declining ± 2.64 in females case. But the adjusting case (that is not injured with diabetes) it consisted in turn of two salnples of males and femlales as of (200) individuals in each sample. It was applied: Cornel list for psychosomatic disorders, testing life pressures, questionnaire of personality appreciation, testing psychological steadiness. The study reached to several results including existence of differences with statistical evidences between the two samples of diabetes patients (males - females) and the sample that is not injured with diabetes except results of testing the psychological steadiness where its results came evidenced statistically for the behalf of the sample that is not injured with diabetes, in addition to extracting several common factors between (male-female) patients and (male-female) inpatients through the factoring analysis results. It was explained the results in the light of the theoretical heritage and the previous studies results.



هذا الكتاب

يتناول الاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية التى تثبت خطأ الفصل بين علوم النفس وعلوم الجسد لأن ما هو جسمي يؤثر فى النفس وإن النفس وما يعتريها من قلق واكتئاب وانفعالات ينعكس بلا شك فى الجسد ووظائفه. لذلك كان (العامة لم يذهبوا بعيداً حين يشبهون الفرد بأنه (شوية دم إذا تعكر - لا قدر اللّه فإنه قد يصاب بالعديد من الأمراض العضوية الخطيرة ولذا فإن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً وكبيراً فى الاضطرابات الجسمية ولذا فإن (فلورنس دينار) لم تذهب بعيداً حين ألقت مقولتها الشهيرة والصادقة والحكيمة : (لا طبيب حق دون أن يكون عالما بالنفس) ومن هنا تأتي أهمية هذا الكتاب الذى تعرض للتأصيل النظري لهذا الفرع الهام عن فروع علم النفس ثم أتبعه بدراسة ميدانية [illegible] منه المتخصص فى المجالين والقارئ المثقف الذى يبحث دوماً [illegible] مجهلته بالنفس الإنسانية وذلك (اللغز الغامض) .